

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1933

THÈSE

N°

43

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

**Henri-Frédéric ELLENBERGER**

*Né le 6 novembre 1905, à Nalolo (Rhodesia)*

*Interne des Asiles de la Seine*

---

ESSAI

SUR LE

SYNDROME PSYCHOLOGIQUE  
DE LA CATATONIE

---

*Président : M. le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE*

---

POITIERS

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'IMPRIMERIE ET DE LIBRAIRIE

---

1933

14

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1933

---

THÈSE

N°

---

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE  
(Diplôme d'État)

PAR

**Henri-Frédéric ELLENBERGER**

*Né le 6 novembre 1905, à Nalolo (Rhodesia)*

*Interne des Asiles de la Seine*

---

ESSAI

SUR LE

SYNDROME PSYCHOLOGIQUE  
DE LA CATATONIE

---

*Président* : M. le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE

---

POITIERS

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'IMPRIMERIE ET DE LIBRAIRIE

---

1933

# LE DOYEN : ROUSSY

## I. — PROFESSEURS

|                          |                                                                |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------|
| MM.                      |                                                                |
| ROUVIÈRE. ....           | Anatomie.                                                      |
| PROUST .....             | Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.       |
| BINET.....               | Physiologie                                                    |
| STROHL .....             | Physique médicale.                                             |
| DESCREZ .....            | Chimie médicale                                                |
| DEBRÉ (Robert) .....     | Bactériologie.                                                 |
| BRUMPT .....             | Parasitologie et histoire naturelle médicale.                  |
| BAUDOUIN .....           | Pathologie et thérapeutique générales.                         |
| CLERC .....              | Pathologie médicale.                                           |
| MARION.....              | Pathologie chirurgicale.                                       |
| ROUSSY .....             | Anatomie pathologique.                                         |
| CHAMPY .....             | Histologie.                                                    |
| TIFFENEAU .....          | Pharmacologie et matière médicale.                             |
| LOEPER.....              | Thérapeutique.                                                 |
| TANON .....              | Hygiène et médecine préventive.                                |
| BALTHAZARD .....         | Médecine légale.                                               |
| LAIGNEL-LAVASTINE.....   | Histoire de la médecine et de la chirurgie.                    |
| FIESSINGER .....         | Pathologie expérimentale et comparée.                          |
| VILLARET (Maurice) ..... | Hydrologie thérapeutique et climatologie.                      |
| CARNOT.....              |                                                                |
| BEZANÇON .....           | Clinique médicale.                                             |
| ACHARD .....             |                                                                |
| LABBÉ (Marcel).....      | Hygiène et clinique de la première enfance.                    |
| LEREBoullet.....         | Clinique des maladies des enfants.                             |
| NOBÉCOURT .....          | Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale. |
| H. CLAUDE .....          | Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.               |
| GOUGEROT .....           | Clinique des maladies du système nerveux.                      |
| GUILLAIN .....           | Clinique des maladies infectieuses.                            |
| LEMIERRE .....           |                                                                |
| LENORMANT .....          | Clinique chirurgicale.                                         |
| CUNÉO.....               |                                                                |
| GRÉGOIRE.....            |                                                                |
| GOSSET .....             |                                                                |
| TERRIEN .....            | Clinique ophtalmologique.                                      |
| LEGUEU .....             | Clinique urologique.                                           |
| COUVELAIRE .....         |                                                                |
| BRINDEAU .....           | Clinique d'accouchements.                                      |
| JEANNIN.....             |                                                                |
| J.-L. FAURE .....        | Clinique gynécologique.                                        |
| OMBREDANNE .....         | Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.                 |
| RATHERY.....             | Clinique thérapeutique médicale.                               |
| LEMAITRE.....            | Clinique oto-rhino-laryngologique.                             |
| DUVAL (Pierre).....      | Clinique thérapeutique chirurgicale.                           |
| SERGENT .....            | Clinique propédeutique.                                        |
| BERNARD (Léon) .....     | Clinique de la tuberculose.                                    |
| MATHIEU .....            | Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.                |
| HOVELACQUE .....         |                                                                |
| MAUCLAIRE.....           |                                                                |
| MULON.....               | Professeurs sans chaire....                                    |
| VERNE .....              |                                                                |



## II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

|                        |                                       |
|------------------------|---------------------------------------|
| ALAJOUANINE.....       | Neurologie et Psychiatrie.            |
| AUBERTIN.....          | Pathologie médicale.                  |
| BÉNARD (Henri).....    | Pathologie médicale.                  |
| BROCO.....             | Pathologie chirurgicale.              |
| BRULÉ.....             | Pathologie médicale.                  |
| BUSQUET.....           | Pharmacologie.                        |
| CADENAT.....           | Pathologie chirurgicale.              |
| CATHALA.....           | Pathologie médicale.                  |
| CHABROL.....           | Pathologie médicale.                  |
| CHAILLEY-BERT.....     | Physiologie.                          |
| CHEVALLIER.....        | Pathologie médicale.                  |
| DOGNON.....            | Physique.                             |
| DONZELOT.....          | Pathologie médicale.                  |
| ÉCALE.....             | Obstétrique.                          |
| FEY.....               | Urologie.                             |
| GASTINEL.....          | Bactériologie.                        |
| GATELLIER.....         | Pathologie chirurgicale.              |
| de GAUDART D'ALLAINES. | Pathologie chirurgicale.              |
| GIROUD.....            | Histologie.                           |
| HALPHEN.....           | Oto-rhino-laryngologie.               |
| HARVIER.....           | Pathologie médicale.                  |
| HAZARD.....            | Pharmacologie.                        |
| HUGUENIN.....          | Anatomie pathologique.                |
| JOANNON.....           | Hygiène.                              |
| LABBÉ (Henri).....     | Chimie biologique.                    |
| LAROCHE (Guy).....     | Pathologie médicale.                  |
| LEVEUF.....            | Pathologie chirurgicale.              |
| LÉVY-VALENSI.....      | Neurologie et Psychiatrie.            |
| LIAN.....              | Pathologie médicale.                  |
| MONDOR.....            | Pathologie chirurgicale.              |
| MOREAU.....            | Pathologie médicale.                  |
| MOULONGUET.....        | Pathologie chirurgicale.              |
| MOURE.....             | Pathologie chirurgicale.              |
| OVERLING.....          | Anatomie pathologique.                |
| OLIVIER.....           | Anatomie.                             |
| PIÉDELIÈVRE.....       | Médecine légale.                      |
| PORTES.....            | Obstétrique.                          |
| QUÉNU.....             | Pathologie chirurgicale.              |
| RICHET.....            | Physiologie.                          |
| SÉZARY.....            | Chimie biologique.                    |
| SANNIÉ.....            | Dermatologie et syphiligraphie.       |
| TROISIER.....          | Pathologie expérimentale et comparée. |
| VALLERY-RADOT Pasteur. | Pathologie médicale.                  |
| VAUDESCAL.....         | Obstétrique.                          |
| VELTER.....            | Ophtalmologie.                        |
| VIGNES.....            | Obstétrique.                          |

## III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

|                    |                        |
|--------------------|------------------------|
| GUÉNIOT.....       | N...                   |
| LEQUEUX.....       | Obstétrique.           |
| LEROUX.....        | Anatomie pathologique. |
| NEVEU-LEMAIRE..... | Parasitologie.         |
| RETTERER.....      | Histologie.            |
| ZIMMERN.....       | Physique.              |

#### IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

| MM.              |                        |
|------------------|------------------------|
| ABRAMI .....     | Clinique médicale.     |
| CHIRAY .....     | Clinique médicale.     |
| DUVOIR .....     | Clinique médicale.     |
| BASSET .....     | Clinique chirurgicale. |
| CHEVASSU.....    | Clinique chirurgicale. |
| HEITZ-BOYER..... | Clinique chirurgicale. |
| MOCQUOT.....     | Clinique chirurgicale. |
| SCHWARTZ.....    | Clinique chirurgicale. |
| LE LORIER .....  | Clinique obstétricale  |
| LÉVY-SOLAL.....  | Clinique obstétricale. |
| METZGER.....     | Clinique obstétricale. |
| GUÉNIOT.....     | Clinique obstétricale. |

#### V. — CHARGÉS DE COURS

| MM.                                        |                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MAUCLAIRE, professeur sans<br>chaire ..... | { Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez<br>l'adulte pour les accidentés du travail, les<br>mutilés de guerre et les infirmes adultes. |
| FREY .....                                 |                                                                                                                                                |
| CHAILLEY-BERT, agrégé....                  | Stomatologie.                                                                                                                                  |
| LEDoux-LEBARD.. .....                      | Education physique.                                                                                                                            |
| WEIL-HALLÉ .....                           | Radiologie clinique.                                                                                                                           |
|                                            | Puériculture.                                                                                                                                  |

---

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

---

A MA FEMME

*en faible témoignage de mon admiration fervente.*

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE

Professeur d'Histoire de la Médecine  
Médecin de l'Hôpital de la Pitié.

*qui m'a fait le grand honneur de bien vouloir  
accepter la présidence de cette thèse.*

*Parvenu au terme de mes études, c'est pour moi un devoir  
agréable de présenter ici l'expression de ma reconnais-  
sance à tous les Maîtres dont j'ai reçu l'enseignement.*

## A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

### STAGE

A la mémoire de M. le Professeur WIDAL.

A M. le Professeur DELBET.

A M. le Dr HALBRON, médecin de l'Hôtel-Dieu.

*Chez qui j'ai appris à aimer le véritable art clinique.*

### EXTERNAT

A M. le Dr ROBINEAU, chirurgien de l'Hôpital Necker.

— Dr René MOREAU, agrégé, médecin des Hôpitaux.

— Dr HALBRON, médecin de l'Hôtel-Dieu.

— Professeur Marcel LABBÉ, médecin de la Pitié.

— Dr HERSCHER, médecin de l'Hôpital Lariboisière.

— Dr CROUZON, médecin de la Salpêtrière.

— Professeur GOUGEROT, médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

### A MES AUTRES MAITRES

A M. le Dr VURPAS, médecin de la Salpêtrière,

*Hommage de reconnaissance et de respect.*

A M. le Dr BOURGUIGNON, professeur au Collège de France,

*Qui m'a fait l'honneur de m'admettre dans son service et de me  
permettre de participer aux Mystères de la Chronaxie.*

A M. le Dr LAPORTE, médecin des Hôpitaux.

## A MES MAITRES DANS LES ASILES

A M. le Dr TOULOUSE, directeur de l'Hôpital Henri-Rousselle,

*Avec l'expression de ma gratitude pour la généreuse  
hospitalité qu'il m'a accordée dans son service.*

A M. le Dr SCHIFF, médecin de l'Hôpital Henri-Rousselle.

— Dr PICHARD, médecin de l'Hôpital Henri-Rousselle.

A M. le Dr CAPGRAS, médecin-chef de l'Asile Sainte-Anne,

*Avec l'hommage de ma reconnaissance et de mon  
admiration pour son enseignement si sobre,  
si juste, si clair, et son sens clinique infailible.*

A M. le Dr JOAKI, assistant du service de M. le Dr Capgras.

A M. le Dr TARGOWLA,

*A qui je dois les premiers éléments de l'art psychiatrique.*

A M. le Dr H. BARUK, médecin-chef de la Maison Nationale de  
Santé, à Saint-Maurice,

*A qui je dois la première idée de cette thèse.  
Avec mon admiration pour ses conceptions  
ingénieuses et profondes.*

A M. le Dr HAHN, bibliothécaire en chef de la Faculté de Médecine,

*Qui avec tant de bienveillance m'a aidé de son inépuisable érudition.*

## A MES CAMARADES ET AMIS D'ÉTUDE ET D'INTERNAT

Et en particulier à M. ALPERN, M<sup>lle</sup> HAHN, M<sup>lle</sup> GABRIELLI,  
MM. LIBER, MARESCAL, TRELLES, etc...

---

## INTRODUCTION

---

Depuis que Bleuler a révélé tout ce que l'on peut attendre de la psychothérapie dans le traitement des états schizophréniques, rien de ce qui touche leur psychologie ne peut rester indifférent. C'est pourquoi il m'a paru opportun de chercher à préciser la nature psychologique de l'un de ces états, le syndrome catatonique. Il s'agit là d'une question difficile, et je n'ai certes pas la prétention de l'avoir résolue. A mesure que l'on approfondit l'étude d'une question, on découvre que les idées personnelles que l'on croyait s'être formé sur le sujet ont déjà été exprimées ailleurs et plus complètement. C'est pourquoi je n'ai pas craint de donner à cette thèse l'allure d'une revue générale, persuadé d'avoir été malgré tout incomplet. Ce travail se base également sur l'observation de nombreux malades, que j'ai eu le bonheur de pouvoir étudier dans les services de plusieurs Maîtres. Il m'a paru inutile d'accumuler ici un grand nombre d'observations, estimant qu'il en suffisait d'une ou deux, pourvu qu'elles fussent typiques et complètes.

Je tiens à exprimer ici ma grande reconnaissance aux Maîtres qui m'ont appris à mieux connaître et à aimer la psychiatrie, et particulièrement au D<sup>r</sup> Vurpas et au D<sup>r</sup> Capgras. Je remercie également le D<sup>r</sup> H. Baruk qui m'a donné l'idée de ce travail et qui m'a fait profiter libéralement de sa grande expérience du sujet.

---

# HISTORIQUE

---

Comme il est impossible de connaître la position d'un problème psychiatrique indépendamment de son développement historique, il est nécessaire d'en faire ici un bref exposé, qui sera plus analytique que chronologique.

La conception actuelle de la Catatonie s'est dégagée peu à peu des anciennes études sur les névroses et sur l'aliénation mentale, complétées plus récemment par des données physiologiques et expérimentales.

---

## I

### Les névroses et la catalepsie.

A côté des principales névroses, hystérie et épilepsie, on décrivait depuis l'Antiquité classique la *Catalepsie*, renommée pour sa rareté et son caractère extraordinaire, sinon surnaturel. Au début du XIX<sup>e</sup> siècle, de bons observateurs, surtout Bourdin et Puel, commencèrent à en faire une étude plus critique. Ils définirent comme signes constants et fondamentaux : 1<sup>o</sup> L'arrêt de toute activité motrice volontaire ; 2<sup>o</sup> La passivité à l'égard des mouvements imposés ; 3<sup>o</sup> Un état musculaire tel, qu'à la mobilisation passive il donne à l'observateur une sensation *sui generis* de flexibilité cirreuse ou de mannequin articulé ; 4<sup>o</sup> La conservation prolongée d'attitudes imposées, normalement impossibles ou difficiles à garder, et contraires à l'action de la pesanteur. Tous les autres signes étaient inconstants ou variables, ainsi la conscience était parfois abolie ou engourdie, parfois conservée. A cette époque on discutait beaucoup sur la nature de cet état et

ses relations avec l'hystérie. Ainsi Briquet, dans son célèbre *Traité de l'Hystérie* (1859), faisait remarquer l'égale fréquence de la catalepsie dans les deux sexes, contrairement à l'hystérie vingt fois plus fréquente chez la femme, et il ajoutait : « Je regarde ces deux névroses comme très distinctes... Mais bien que distinctes l'une de l'autre, ces deux affections n'en ont pas moins une certaine affinité... La catalepsie se voit plus fréquemment chez les hystériques que chez les autres malades ».

En 1857, J. Falret fit une sévère critique de la notion de catalepsie. S'appuyant sur deux des observations les plus remarquables, celles de Puel et celle de Skoda, il montra que, hors le phénomène de la conservation des attitudes, ces observations différaient point par point, non seulement entre elles, mais encore avec la description classique de la maladie, et il conclut que sous ce nom de catalepsie, on avait « plutôt fait l'histoire d'un symptôme que d'une maladie véritable ». Et, en effet, dans certaines descriptions de cette époque, on trouve les faits les plus disparates : hystérie, magnétisme animal, supercheries, cadavres foudroyés gardant l'attitude où la mort les avaient surpris, etc., et enfin un petit nombre de cas se rapportant indubitablement à la catatonie, tels ceux de Sarlandière, de Skoda, de Chaume.

Plus tard, lorsque Charcot eût rangé la catalepsie au nombre des trois états de l'hypnotisme, elle tendit à se perdre de plus en plus dans l'hystérie, malgré que divers observateurs (entre autres Lasèque, Bernheim, Brissaud) aient signalé sa présence au cours d'affections générales, ou nerveuses organiques. C'est surtout la catalepsie hypnotique qui attira l'attention, et elle fut le premier objet des célèbres études de Janet sur l'automatisme psychologique.

Ainsi l'étude de la catalepsie a permis d'atteindre à la connaissance de certaines formes de catatonie, mais non pas à une notion générique de celle-ci. En effet, la catalepsie déborde de beaucoup le domaine de la catatonie, et dans celle-ci elle n'est qu'un symptôme inconstant.

---

## II

### L'aliénation mentale.

#### I. — LES CLASSIFICATIONS PSYCHOLOGIQUES. LA STUPEUR.

Suivant la définition de Jaspers, la *stupeur* comprend des « états dans lesquels les malades, en repos, muets, et sans donner de signes compréhensibles de leur vie psychique, restent *sans réaction* en face de tout essai d'entrer en relation avec eux ». Ces états ont été connus et décrits de temps immémorial. A la Renaissance, ils furent bien étudiés par Félix Plater qui en donna une classification remarquable, puis par Bellini qui en isola, sous le nom de *melancholiâ attonita*, une forme dans laquelle on reconnaît les traits de notre catatonie actuelle. (Rappelons qu'à cette époque, le mot mélancolie avait un sens très vague, et que « *melancholia attonita* » correspondait à peu près à *folie de l'étonnement*.) Mais cette dernière ne resta jamais qu'une entité obscure et sans développement que l'on retrouve de temps à autres, par exemple au XVIII<sup>e</sup> siècle, parmi les 14 formes de mélancolie classées d'une façon fort illogique par Boissier de Sauvages.

Au début du XIX<sup>e</sup> siècle, l'étude des maladies mentales prit un nouvel essor grâce à la classification psychologique de Pinel qui distingue quatre grandes formes : manie ou folie totale, mélancolie ou folie partielle, idiotisme, et démence. On a souvent exposé comment l'histoire de la psychiatrie au XIX<sup>e</sup> siècle a consisté dans la subdivision progressive de ces quatre formes fondamentales. Cependant, concurremment avec cette subdivision, on commença à juxtaposer des formes nouvelles. La stupidité, décrite par Georget comme une affection autonome, par d'autres comme un état commun à plusieurs affections, fut d'abord combattue par Baillarger qui en faisait une forme de mélancolie. Pendant ce temps on décrivait en Allemagne la *Verwirrtheit*, la *Verrücktheit*, l'*Amentia*. C'est alors qu'elle fut restaurée en France

par Chaslin, sous le nom de confusion mentale primitive, et définitivement consacrée par les travaux de Régis.

Mais déjà, à côté de la mélancolie et de la stupidité, Guislain décrivait une troisième affection : l'*extase* ou *hyperplexie*.

C'est une maladie rare, « qui tient d'une part de la mélancolie, de l'autre de la manie, et en même temps de la démence aiguë ». Il y a suspension de la sensibilité, du mouvement et de l'intelligence, mais cette suspension tient à un trouble cérébral actif : c'est une tension, une rigidité, « une surexcitation de l'organe intellectuel », un état de spasme général. Elle se rapproche, tantôt de la mélancolie (c'est alors la « *melancholia attonita exstatica* »), tantôt de la manie (c'est la manie spasmodique), tantôt de la folie. On a alors des malades immobiles, rigides, muets, pâles, amaigris, la peau froide, les extrémités cyanosées, refusant de manger, faisant des gestes bizarres toujours les mêmes, et qui souvent se mettent tout nus, se bariolent la figure avec leurs matières fécales, boivent leur urine. Cette maladie résulte souvent d'études abstraites (surtout la théologie), ou bien succède à une commotion morale, débute par des signes de mélancolie, évolue soit vers la guérison soit vers la mort, souvent par tuberculose pulmonaire.

Dans cette description, on n'a pas de peine à reconnaître notre catatonie actuelle, avec ses formes de stupeur, d'excitation et de démence précoce catatonique.

Malgré sa netteté, la conception de Guislain ne fut pas adoptée. Pourtant certains aliénistes identifièrent des cas analogues : Billod en décrit un comme manifestation d'une lésion particulière de la volonté. D'autres, considérés comme des énigmes, furent présentés et discutés devant les Sociétés savantes. D'autres furent confondus dans la description générale de la stupeur, comme dans une remarquable leçon clinique de Ball. Ce n'est qu'avec le triomphe des idées de Kraepelin que la notion d'une stupeur catatonique fut définitivement admise.

Ainsi le long travail clinique du <sup>xix</sup><sup>e</sup> siècle conduisit à distinguer, à côté d'autres formes secondaires, trois grandes variétés de stupeur : mélancolique, confusionnelle et catatonique, correspondant aux trois divisions de la psychologie classique : l'affectivité, l'intelligence et la volonté.

Mais, d'autre part, la méthode de classification psychologique se révéla insuffisante : 1° Par le fait de maladies où l'on passe d'un état dans l'autre (telle la folie circulaire) ; 2° Par l'introduction de la notion d'étiologie comme principe nosographique (c'est par là que Morel put décrire la *démence précoce*) ; 3° Par l'identification d'une entité morbide spécifique : la Paralyse

Générale. Ce sont ces nouveaux principes qui ont permis d'accéder à la conception actuelle de la catatonie.

## II. — LES ENTITÉS MORBIDES SPÉCIFIQUES : LA CATATONIE DE KAHLEBAUM.

Kahlbaum est aujourd'hui considéré comme un des plus éminents aliénistes du xix<sup>e</sup> siècle, par ses idées nouvelles, souvent contestables, mais originales et fécondes. Il suffit de rappeler que c'est à lui que l'on doit les noms d'hébéphrénie, catatonie, héboïdophrénie, et cyclothymie. Il commença par poser, comme principe fondamental de la psychiatrie, l'étude de l'évolution totale de la maladie, dans ses manifestations organiques et biologiques aussi bien que mentales. De plus il retrouve, dans toute maladie mentale, les quatre stades d'évolution d'une maladie générale : croissance, acmé, décroissance, et déficit terminal. Mais, dit-il, tandis que dans les maladies organiques il s'agit de jours ou de semaines, dans les maladies mentales c'est de mois ou d'années. C'est pourquoi ces différents stades ont été pris jusqu'ici pour autant de maladies distinctes. En réalité, la plupart des maladies mentales traversent successivement ces quatre stades : de croissance (ou mélancolie), d'acmé (ou manie), de décroissance (ou *Verwirrtheit*, confusion), de déficit (ou *Blödsinn*, démence). Kahlbaum rejette comme insuffisante la théorie, alors répandue en Allemagne, d'après laquelle toute maladie mentale comprenait un état primaire : manie ou mélancolie, et un état secondaire : *Verrücktheit*, *Verwirrtheit*, ou *Blödsinn*.

Une première application de ce schéma fut la description en 1871 par Kahlbaum et son collaborateur Hecker de l'hébéphrénie, qu'ils définissaient : « Une maladie commençant entre 16 et 20 ans, qui passe sans règle fixe par des phases de mélancolie, de manie, et de confusion, qui ensuite verse dans la démence, mais laisse apercevoir dans toutes ses manifestations un je ne sais quoi de puéril, de frivole, de non naturel, presque de simulé (1) ».

En 1874, Kahlbaum publia la description d'une nouvelle maladie mentale, la Catatonie, minutieusement étudiée dans une monographie de 105 pages d'une lecture agréable.

(1) Cité par Tanzi.

## RÉSUMÉ DE LA DESCRIPTION DE KAHLBAUM.

Le caractère fondamental de la Catatonie est l'existence de troubles moteurs comme élément essentiel de la maladie, ce qui la met au même rang que la paralysie générale. Le trouble moteur principal est la tension musculaire, d'où le nom de *Spannungsirresein* (folie de la tension).

La maladie traverse cinq phases : mélancolie, manie, stupeur ou *Attonität* (qui n'est autre que la *melancholia attonita* des classiques), confusion et démence. Leur durée respective, leur ordre de succession ou d'alternatives, sont sujets à des variations nombreuses et sans intérêt.

**Troubles affectifs.** 1° *Mélancolie*. La phase mélancolique initiale, rarement observée par le psychiatre, ne diffère guère de la mélancolie des autres maladies. Souvent motivée par des chagrins d'amour, des soucis matériels, elle peut aussi se distinguer par l'hypochondrie, le remords, la crainte de l'empoisonnement, une dévotion excessive.

2° *Manie*. Plus caractéristiques sont les états d'exaltation : soit une excitation mélancolique avec désespoir, soit une agitation joyeuse et pétulante, soit un état de délire hallucinatoire (*Wahnsinn*). Dans ces tableaux il faut, au delà des symptômes maniaques ordinaires, chercher un trait caractéristique qui permet de faire le diagnostic : c'est un *élément pathétique*, bien différent de l'orgueil égoïste et hautain de la P. G. L'exaltation du catatonique est celle d'un acteur sur la scène (parfois il se croit tel), ou bien d'une extase tragique ou religieuse. Avec force gesticulations, le malade déclame, récitant des paroles insignifiantes, triviales, obscènes, ou prenant le monde à partie pour ses petites affaires personnelles.

**Troubles intellectuels.** Ils prennent des formes importantes et caractéristiques, qui sont :

1° Le besoin de parler (*Redesucht*), de lire à haute voix, de déclamer. Au stade d'exaltation, ce signe est caractéristique, s'opposant aux cris et à la recherche de la conversation, des autres formes maniaques.

2° Les répétitions de mots (*Wiederholung*), surtout aux stades avancés de la maladie. Un malade, par exemple, répétait : « Chien, chien, chien... », chaque fois qu'il entendait aboyer cet animal. Un autre ne cessait de crier ou de chuchoter : « Dieu, Amour, Hosannah ».

3° La *verbigération*, signe pathognomonique. Le malade prononce, sur le ton d'un discours, des mots ou des phrases avec ou sans liaison, sans se laisser interrompre par la présence ou l'absence des personnes. Parfois les paroles énoncées se rapportent à des événements journaliers, parfois à la religion, mais toujours il prend l'attitude d'un discours sérieux. Un des malades de Kahlbaum s'écriait : « Tout le Pogazzersche ne peut savoir comment je m'appelle. Roi de Prusse, Prince de Prusse, le sais-je ou non, Kugel och nich, pour l'Eternité. Amen. Nassapingli, Nassapingli, pour l'Eternité. Amen. Père, Fils et Saint-Esprit pour l'Eternité, Amen. Pour l'Eternité, Amen. Pour l'Eternité, Amen. Je ne te donne rien, pour l'Eternité, Amen... Ni à l'Eglise, ni à l'Eglise, pour l'Eternité, Amen. Pour l'Eternité, Amen... » etc.

4° Tout à l'opposé, on peut observer le *mutisme* le plus complet, surtout à la période d'*Attonität*. Parfois partiel, relatif, intermittent, le mutisme peut devenir absolu au point de résister à une douleur atroce. Cependant Kahlbaum arriva, à l'aide du courant électrique à faire parler un catatonique ayant manifesté un mutisme presque complet pendant 2 ans, puis absolu pendant 5 ans.

5° On rencontre encore dans la Catatonie : la fugacité des idées (*Ideenflucht*) une affectation d'employer des diminutifs, la suspension de la pensée (*Gedankenlosigkeit*), et la stagnation de la pensée (*Gedankenstillstand*) que les malades disent être la règle au cours du stade d'Attonitât.

Le contenu des troubles intellectuels est moins caractéristique que leur forme. Ce sont des voix et des visions où le diable et l'enfer jouent un grand rôle, des idées délirantes de culpabilité qui n'ont rien de caractéristique, parfois des idées de filiation princière ou royale qui peuvent se rencontrer même au stade d'Attonitât et même chez les catatoniques âgés.

*Troubles de l'activité.* Kahlbaum décrit les différents aspects du *négligisme* : volitions et actions négatives. Contrairement au P. G., facile à interrompre dans ses actes, le catatonique s'obstine et résiste au changement. Au degré le plus avancé, il refuse de manger et de quitter son lit. Ce trouble atteint son maximum au stade d'Attonitât. Il s'y joint des *gestes et attitudes bizarres* : L'un pose son doigt sur le bout du nez, le retire et le remet sans cesse. L'autre lève son bras au-dessus de sa tête et le laisse retomber. Un autre marche les genoux pliés, s'appuyant sur le bord externe de ses pieds, etc. D'autres malades conservent une *pose immuable*, pendant des mois, par exemple assis au lit, les jambes fléchies, le dos courbé et la tête sur les genoux.

*Troubles somatiques.* 1° En dehors de la tension musculaire, on peut observer divers *troubles moteurs* : flexibilité cireuse (fréquente au stade d'Attonitât), mouvements choréiformes, épilepsie, trismus, crises de fureur. Par contre, il n'y a pas de paralysies. Kahlbaum attribue ces troubles, partie à une action cérébro-spinale (flexibilité cireuse, contractures), partie à un trouble psychique une lésion de la volonté. Ajoutons que plusieurs des observations de Kahlbaum font mention de convulsions hystériques.

2° La *sensibilité* est diminuée, souvent abolie : au stade de melancholia attonita, les piqûres ne provoquent aucune réaction, et les malades déclarent plus tard, soit les avoir senties, soit le contraire.

Fréquemment, le malade éprouve une céphalée occipitale, très caractéristique, car elle manque dans les autres maladies tandis que les catatoniques n'ont pas de céphalées frontales ou temporales.

3° *Troubles divers* : Œdèmes, surtout des extrémités et des paupières. Anémie. Haleine fétide. Desquamation épidermique avec pellicules multiples. Parfois othématome.

*Complications.* La mort par tuberculose pulmonaire est aussi fréquente que l'est, chez les P. G., la mort par pneumonie.

*Étiologie.* La catatonie affecte des individus de tempérament sanguin, placides, renfermés. Contrairement à la P. G. qui prédomine chez l'homme adulte, la catatonie se voit dans les deux sexes et à tout âge depuis la puberté jusqu'à la vieillesse. Elle atteint avec prédilection les théologiens, les instituteurs, les commerçants, et les juristes. Son apparition peut être favorisée par le surmenage, les excès génitaux, les pratiques d'une dévotion excessive. Très rare au cours de maladies organiques, elle est assez fréquente dans l'état puerpéral.

Kahlbaum décrit une catatonie épidémique, qui n'est autre que la folie des Convulsionnaires de Saint-Médard et des Prédicants de Suède. En effet, dit-il, on retrouve ici : le stade mélancolique initial, le stade d'excitation avec verbigeration, et la stupeur consécutive.

*Formes cliniques.* Ce sont : 1° La *Katatonie mitis*, réduite au seul stade de « melancholia attonita ». 2° La *Katatonie gravis*, avec des stades très longs ou des

troubles moteurs importants. 3° La *Katatonie protracta*, avec rémissions et intermittences.

*Anatomie pathologique.* Longuement décrite d'après 7 autopsies, et comparée avec celle de la P. G., elle consiste en lésions vagues : exsudations à la base du cerveau, surtout arachnoïdiennes. Dans les cas anciens, organisation des exsudats et rétraction du tissu cérébral.

*Thérapeutique.* Les toniques, fer et quinine, associés à une diététique et à un genre de vie appropriés, peuvent procurer parfois une amélioration. Les dépresseurs sont contre-indiqués. Kahlbaum envisage aussi la médication altérante, ainsi que le courant galvanique qui donne parfois des résultats.

Lorsqu'on lit la description de Kahlbaum on est frappé de sa précision et de son exactitude, surtout en ce qui concerne les différents stades de la maladie, un peu trop négligés aujourd'hui au profit de la seule stupeur. Par contre, on ne peut plus admettre l'anatomie pathologique et la pathogénie qu'il propose. D'autre part, il a le tort de citer quelques cas fort contestables à l'appui de sa description (l'observation n° 9 est un cas de mélancolie simple des plus banales).

#### *Destinée de la catatonie de Kahlbaum.*

La conception de Kahlbaum n'obtint guère de succès immédiat et subit de nombreuses vicissitudes.

1° Admise intégralement par quelques rares fidèles, Hecker et Neisser, elle fut encore défendue par Tschisch, Nauomoff, et par quelques auteurs obscurs.

2° Niée catégoriquement par la plupart, on lui objecta que, dans la description clinique il n'y avait aucun symptôme qui ne se rencontrât dans d'autres affections. (Il est vrai qu'on pourrait en dire autant de presque toutes les maladies.)

3° D'autres, admettant l'exactitude clinique des descriptions, assimilent la catatonie à telle ou telle forme d'une autre entité morbide. A la suite de Westphal, elle entre dans la Paranoïa aiguë. Schüle en fait une forme aiguë de *Wahnsinn* ou délire hallucinatoire systématisé, et il en donne une intéressante description. Elle devient une forme de psychose maniaque-dépressive avec Tamburini, et avec Krafft-Ebbing, ou encore avec Hammond une affection mixte intermédiaire entre la psychose maniaque-dépressive et les délires chroniques. En France, Séglas

et Chaslin en font une variété de mélancolie avec stupeur survenant sur un terrain hystérique ou dégénératif.

4° Avec les travaux de Wernicke, elle devient une *psychose de motilité*, une psychose avec troubles psycho-moteurs (Kleist). A la description clinique se substitue une division en symptômes d'akinésie, hyperkinésie, et parakinésie. Le point de vue est donc changé complètement. De clinique il est devenu anatomo-physiologique.

5° *Intégrée dans une nouvelle synthèse clinique : la démence précoce*. Rapprochant l'hébéphrénie et la catatonie, Fink montra leur similitude, la seule différence étant, pour l'hébéphrénie, l'absence de crampes et une évolution plus défavorable.

En 1897, Aschaffenburg déclara que l'hébéphrénie et la catatonie forment un processus morbide unique, auquel est applicable le nom de démence précoce. Se développant dans la jeunesse, il évolue vers un état définitif d'affaiblissement mental.

Cette conception fut consacrée par Kraepelin. L'illustre maître de Munich avait d'abord décrit ces deux affections séparément, tout en montrant leurs affinités. Dans la 6<sup>e</sup> édition de son traité, il réunit l'hébéphrénie, la catatonie, et les états paranoïdes, dans une vaste synthèse, la démence précoce, qui fut adoptée par la grande majorité de tous les aliénistes.

### III. — LES SYNTHÈSES NOSOGRAPHIQUES KRAEPELIN.

La théorie de Kraepelin, à peu près universellement adoptée aujourd'hui, est trop connue pour qu'il y ait lieu de s'y arrêter ici. Elle est, à la fois, la synthèse de l'effort clinique du xix<sup>e</sup> siècle, et le point de départ de toutes les recherches ultérieures.

Désormais, la maladie catatonique devient la forme catatonique de la démence précoce, et partage avec la forme hébéphrénique et la forme paranoïde un sort commun, fondé sur l'évolution terminale identique et le caractère interchangeable des symptômes. Cependant elle conserve une certaine autonomie : on lui reconnaît un pronostic moins grave, et d'autre part il existe des catatonies tardives ou symptomatiques, bien difficiles à faire entrer dans la démence précoce.

Ces réserves faites, la catatonie confond désormais son sort avec celui de la démence précoce. En face d'une autre grande

synthèse, la psychose maniaque-dépressive, la synthèse démence précoce se pose de plus en plus comme une antagoniste. Les considérations étiologiques intervenant, chacune se lie à une structure corporelle définie (Kretschmer), et à une constitution mentale particulière : syntone pour la psychose maniaque-dépressive, schizoïde pour la démence précoce. Entre ces deux pôles, se placent des formes mixtes ou fusionnées, produit des lois de l'hérédité.

Partisan de l'organicité de la démence précoce, Kraepelin développe les recherches d'anatomie et de physiologie pathologiques. Il s'attache moins au côté psychologique, c'est-à-dire à la recherche du processus identique commun aux trois formes de la maladie : pour lui c'est l'affaiblissement des mobiles affectifs et la perte de l'unité intérieure, mais il s'y arrête peu. La découverte de ce processus fondamental devait faire l'objet de l'œuvre géniale de Bleuler.

#### IV. — LES SYNTHÈSES PSYCHO-PATHOLOGIQUES. LA SCHIZOPHRÉNIE.

Avec Bleuler, la démence précoce fait l'objet d'une nouvelle synthèse et devient le *groupe des Schizophrénies*. Héritière de la démence précoce de Kraepelin, la nouvelle doctrine envisage tous les aspects de la maladie, mais, sous l'influence du courant psychogénique introduit par Freud, elle lui applique les données de la psychanalyse (Bleuler et Jung). Le mot de Schizophrénie, qui désigne la nature du processus fondamental, s'applique originellement à toute la démence précoce. (Bleuler rejette la distinction entre une démence précoce proprement dite et une forme schizophrénique.)

Dans le tableau clinique de la maladie, Bleuler cherche à distinguer les symptômes directement liés au processus physique, et les symptômes secondaires dérivant des précédents.

Les *symptômes primaires*, ou physiogéniques, consistent dans un trouble particulier des associations. Ce n'est pas la perte d'une fonction spéciale de l'âme, mais un trouble du dynamisme mental, comparable à ce qui existe dans le rêve ou la rêverie. Il se manifeste :

1<sup>o</sup> Dans l'affectivité, par la « tendance des sentiments à travailler indépendamment les uns des autres au lieu de travailler ensemble », d'où ce symptôme affectif si particulier : l'*ambivalence*.

2<sup>o</sup> Dans l'ordre intellectuel, cette même dissociation fait que, tout en gardant sa valeur logique, la pensée des schizophrènes perd sa valeur pragmatique.

Les *symptômes secondaires*, ou psychologiques. Tel est ce caractère particulier de l'activité mentale, l'*autisme* ou pensée *déréistrique*, qui exprime l'insuffisance pragmatique résultant du trouble fondamental des associations. Cette pensée autistique, jusqu'alors incompréhensible, Bleuler l'interprète à l'aide des symboles révélés par la psychanalyse : il met ainsi en évidence les « complexes » du malade, étant bien entendu, dit-il, que les complexes ne sont pas la cause de la maladie, mais qu'ils lui donnent sa forme.

Parmi les symptômes secondaires, Bleuler range, avec l'autisme, les troubles de la mémoire, une partie du délire et des hallucinations, le négativisme, les stéréotypies, le maniérisme, et la plupart des signes catatoniques. Tous deviennent susceptibles des mêmes interprétations psychogéniques.

Aux symptômes primaires et secondaires, Bleuler ajoute encore : 1° Des troubles organiques dérivant directement des processus morbides : troubles thermiques, métaboliques, vaso-moteurs, pupillaires ; œdèmes, somnolence, attaques, etc. 2° Des troubles neurologiques par lésion des noyaux gris centraux : akinésie, hyperkinésie. 3° Des troubles psychiques par lésion cérébrale directe : confusion aiguë, certains délires, certaines hallucinations. 4° Des troubles associés, coexistence d'états maniaques-dépressifs (mais il y a des états d'excitation et de dépression proprement schizophréniques).

L'évolution de la maladie doit être comprise en tenant compte des mêmes distinctions fondamentales. Le processus morbide, qui est de nature toxique ou dynamique, est sujet à des régressions spontanées ; il demeure alors un état secondaire, soit lié à une régression incomplète, soit de nature psychique : le malade recule devant la tâche de reprendre la vie. D'après Bleuler, non seulement la maladie peut s'arrêter à chaque phase, mais il est toujours possible d'arriver à une guérison pratique, c'est-à-dire permettant une certaine vie sociale, et parfois même chez des malades ainsi guéris ; seul un psychiatre exercé peut découvrir des traces de la maladie. Bleuler ne croit pas à l'existence de formes incurables.

Ces considérations font prévoir le rôle capital de la psychothérapie dans la guérison. Le traitement nécessite une patience à toute épreuve et une longue expérience. Bleuler ne croit guère à l'efficacité des traitements physiologiques. La psychothérapie, d'autre part, est inutile aux périodes aiguës. Le traitement consiste avant tout à ne pas laisser le malade abandonné à lui-même, car il s'enfoncerait dans l'autisme.

Il faut ensuite essayer de pénétrer cette vie autistique par l'étude des complexes, tels que la psychanalyse en particulier peut les révéler. C'est ainsi que l'on pourra établir le *contact affectif* avec le malade, et le rendre à une certaine vie sociale, dont les modalités seront au préalable bien étudiées. Il faut étudier l'entourage, et mettre en lumière les dissentiments familiaux dont parfois le malade peut être inconscient (d'où l'intérêt de l'analyse freudienne) ; en effet, un malade apparemment guéri peut retomber brusquement dès sa sortie de l'asile ; et inversement un malade violent et agité peut être transformé instantanément s'il est rendu à sa famille. Le traitement de la schizophrénie prend donc une forme sociale ; ateliers de travail, placement de malades dans des familles, service social, etc. Les résultats obtenus ont provoqué un enthousiasme légitime. Le seul défaut de ce système est d'être d'une application difficile. C'est ainsi que les Américains ont calculé qu'il faut, pour guérir un schizophrène, 300 heures d'une psychothérapie intensive et appliquée journalièrement.

Les idées de Bleuler sont connues en France surtout grâce à Minkowski, qui leur a donné une forme nouvelle inspirée de la

philosophie de Bergson et de la phénoménologie de Husserl ; le point central devient la perte de contact vital avec la réalité dont tous les autres symptômes sont des conséquences par modification structurale. La schizophrénie achève ici de devenir une conception purement psycho-pathologique.

Avec la schizophrénie, le syndrome catatonique s'efface de plus en plus en perdant l'autonomie qu'il avait gardée chez Kraepelin. Cette autonomie lui sera restituée par la physiologie pathologique.

---

### III

#### Physiologie pathologique et expérimentation.

Depuis la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, d'innombrables travaux ont été consacrés à l'étude physio-pathologique du syndrome catatonique. d'abord en Allemagne et en Italie, puis en France. Il est inutile d'en faire ici une revue. Les résultats sont souvent discordants, ce qui tient peut-être pour une part à une sélection clinique insuffisante des cas étudiés. De plus, la plupart de ces travaux, s'adressant à la stupeur catatonique, négligent de mettre les résultats obtenus en parallèle avec ceux que donneraient les autres variétés de stupeur (mélancolique et confusionnelle), ce qui diminue leur intérêt.

Parmi tous ces travaux, il faut faire une place d'honneur à l'ensemble bien connu de recherches cliniques et expérimentales entrepris par H. Baruk dans la clinique de M. le Pr Claude. Ces travaux constituent, en effet, une étude systématique et minutieuse du sujet qu'ils abordent sous toutes ses faces. Ils en fournissent une conception d'ensemble, qui intéresse directement le problème de la psychologie du syndrome catatonique.

#### *Conception générale du syndrome catatonique d'après Baruk.*

C'est un syndrome défini cliniquement et physiologiquement. Cliniquement, le symptôme fondamental est la perte de l'initiative motrice, d'où résulte le syndrome d'inertie (immobilité, passivité, négativisme). Il s'agit d'une « défaillance primitive des fonctions psycho-motrices supérieures, avec intégrité et libération des automatismes inférieurs », ce qui correspond physiologiquement à un défaut de contrôle cortical libérant des automatismes mésocéphaliques. C'est précisément de cette perturbation mésocéphalique que résultent les troubles végétatifs : pâleur, acrocyanose orthostatique, troubles sécrétoires, respiratoires et trophiques, exagération du ROC, etc., troubles parallèles au syndrome d'inertie, apparaissant et disparaissant avec lui. Les troubles mentaux peuvent également cesser brusquement en même temps que le syndrome d'inertie, révélant ainsi une origine commune.

Mais la perte de l'initiative motrice n'est pas tout : « L'initiative motrice est en effet diminuée dans un nombre considérable et très varié d'autres troubles mentaux (confusion, démence, mélancolie, etc.). Ce qui fait vraiment l'individualité

du syndrome moteur catatonique, c'est que la catalepsie et le négativisme sont des phénomènes d'innervation active ». Il s'agit en effet d'efforts musculaires actifs ayant tous les aspects de manifestations volontaires. Baruk adopte la théorie de de Jong expliquant les mouvements nerveux anormaux par l'abaissement du seuil de décharge des cellules du système nerveux. Les cellules corticales préposées au commandement de mouvements volontaires, par suite de l'abaissement de leur seuil de décharge, donnent lieu à des mouvements qui ont le rythme de la contraction musculaire volontaire, tout en étant réalisés automatiquement. Un tel trouble suppose, non la destruction, mais une perturbation fonctionnelle du cortex, réalisable par une intoxication de moyenne intensité. C'est ce qui explique, d'autre part, la parenté de la catatonie avec le sommeil et avec l'épilepsie : la catatonie est le degré intermédiaire d'une intoxication qui plus forte donne l'épilepsie, moins forte un état narcoleptique.

*Définition du trouble psychomoteur.* Le trouble fondamental de la catatonie est donc ce que Baruk appelle trouble *psychomoteur*, c'est-à-dire que :

1° Ce n'est pas un trouble d'origine psychologique, car il survient indépendamment de toute motivation consciente, logique ou délirante, il peut être reproduit expérimentalement chez l'animal par la bulbo-capnue, et l'on retrouve souvent chez l'homme une étiologie toxique ou toxi-infectieuse.

2° Ce n'est pas davantage un trouble moteur proprement dit. Baruk rejette les théories de ceux qui, comme Guiraud, Buscaïno, etc., veulent en faire un trouble moteur neurologique assimilable aux troubles extrapyramidaux. La rigidité parkinsonienne est liée à l'exagération des réflexes de posture, disparaît passagèrement sous l'effet de la scopolamine, n'est pas influencée par les excitations psychiques. La rigidité catatonique ne dépend pas des réflexes de posture qui sont normaux ou variables, elle n'est pas influencée par la scopolamine, elle peut disparaître passagèrement sous l'effet de stimulations psychiques appropriées. Enfin les enregistrements électro-myographiques donnent dans la catatonie des courbes identiques à celles du mouvement volontaire.

3° Il s'agit donc d'un ordre de troubles bien spécial, « qui sont tout d'abord absolument analogues dans leur aspect extérieur à ce que réalise la volonté ; d'autre part, le trouble moteur et le psychisme sont ici étroitement intriqués et varient en fonction l'un de l'autre ». Chez le catatonique, les mouvements de flexion et d'extension passive imprimés à l'avant-bras sur le bras donnent lieu à l'enregistrement graphique, à une courbe ayant l'aspect du mouvement volontaire, qui tantôt s'oppose au mouvement imprimé, tantôt le précède : ce sont les deux modalités élémentaires des réactions psychomotrices, le *négativisme* et l'*anticipation des mouvements passifs*. Ce trouble est d'origine cérébrale, purement automatique, en dépit de son apparence volontaire.

*Etude psychopathologique du trouble psychomoteur.* Il s'agit d'une fonction psychologique bien définie, mais cette atteinte élective est soumise à certaines règles :

1° Elle ne résulte pas de la baisse de l'élan affectif. Tout en admettant l'existence de troubles affectifs, Baruk ne voit pas dans ces troubles l'origine du trouble psychomoteur. L'affectivité existe, l'impassibilité n'est qu'apparente et peut être interrompue par des réactions émotives intenses, ce qui montre que c'est le contrôle de cette affectivité qui est atteint.

2° L'apparition du trouble psychomoteur est liée à un trouble particulier de la *synthèse psychique*. Pour étudier le trouble psychomoteur à son degré initial, il faut s'adresser à un syndrome particulier, le *sommeil cataleptique*, caractérisé subjectivement par une sensation d'engourdissement accompagnée de sentiment de contrainte extérieure et de prise de la volonté, et objectivement

par la perte de l'initiative motrice, la conservation des attitudes imposées, une certaine raideur musculaire. En collaboration avec Claude et Porak, Baruk a fait de ce syndrome une étude ergographique, en comparaison avec d'autres affections neurologiques et mentales. Les courbes obtenues révèlent dans le sommeil cataleptique et dans la catatonie un aspect particulier et spécifique : une courbe initiale à forme trapézoïde avec ascension lente et long plateau horizontal, traduction graphique de la difficulté de la *mise en train psychomotrice*. De plus, on peut obtenir à volonté chez le sujet normal des courbes identiques sous l'effet de faibles doses de bulbo-capnine ou de scopochloralose. Or il est remarquable que, dans tous les cas, ces courbes révélatrices du trouble psychomoteur à son degré le plus léger s'accompagnent de la sensation subjective d'engourdissement déjà signalée. Par contre, le sujet étant réveillé, la courbe devient normale. Ainsi donc, « le facteur capital dans l'activité motrice n'est pas tant l'existence de l'idée prémonitoire que la possibilité d'un effort, c'est-à-dire d'un travail de synthèse ».

3° L'action de cet engourdissement sur les fonctions psychomotrices s'exerce *en fonction de la baisse de la tension psychologique*. Les enregistrements graphiques mettent en évidence cette baisse, car l'aspect des courbes retourne vers la normale sous l'influence de tous les facteurs qui relèvent cette tension : stimulation de l'attention, bruits inattendus, surprise, et en général toutes les excitations, même fortes, pourvu qu'elles soient impératives. Le fait que le trouble psychomoteur n'apparaît qu'à la faveur d'une baisse de la tension psychologique, ne serait lui-même qu'un cas particulier d'une loi générale de pathologie nerveuse, « loi en vertu de laquelle certains syndromes pathologiques n'apparaissent qu'à l'occasion de la baisse du seuil d'activité nerveuse ».

4° Cette baisse de la tension psychologique s'exprime, en dehors des signes précédents, par la mesure de la *chronaxie du nerf vestibulaire*. Au cours du sommeil cataleptique et de la catalepsie, cette chronaxie varie en fonction des variations spontanées ou provoquées de la tension psychologique.

*Au point de vue psychologique*, les recherches précédentes expliquent certaines des particularités de l'état mental des catatoniques. Le rôle de l'engourdissement préalable explique, bien qu'il en soit par ailleurs fort différent, certaines analogies avec le sommeil et l'importance de l'onirisme. Le fait de la défaillance des fonctions psychomotrices supérieures explique, en même temps que l'inertie motrice, la contention insuffisante de la pensée (mentisme incoercible dans certains cas), ainsi que le sentiment d'absence ou de prise de la volonté. Le fait que le trouble psychomoteur réalise l'*atteinte élective de la volonté* explique « l'identification du trouble psychique avec la personnalité du malade » : « Le trouble moteur est bien lié à la perturbation psychique, mais cette perturbation psychique est elle-même d'origine organique ; et est indépendante de la volonté du malade, tout en lui donnant l'impression que la raideur est réalisée par lui ». Ainsi s'expliquent des phrases telles que celles-ci : « Je poussais pour pousser »... « Je ne peux pas vouloir remuer »... « Il faudrait pour que je me remue que l'on mette mon esprit en mouvement. »

Telles sont, très brièvement résumées dans leurs grandes lignes, ces remarquables travaux, sur lesquels il est impossible de s'étendre ici davantage et qui sont toujours en cours.

Ils démontrent avec évidence que les troubles moteurs catatoniques ne sont pas des troubles neurologiques ordinaires et qu'ils

ont tous les attributs du mouvement volontaire, malgré qu'ils ne s'expliquent pas par une raison psychologique consciente.

Il faudrait encore parler du problème de la catatonie expérimentale. On sait que Peters, Schaltenbrand, etc., ont montré que l'injection de bulbocapnine déterminait chez l'animal un certain état cataleptique. De Jong et Baruk assimilent entièrement cet état au syndrome catatonique. Malgré leur intérêt considérable, ces recherches n'entrent pas dans notre sujet, car, pour ce qui est de la psychologie, on ne peut comparer un état aigu chez l'animal à un état chronique chez l'homme.

---

## TERMINOLOGIE

---

Kahlbaum, en 1863, dans son ouvrage sur la « classification des maladies mentales », s'élevait contre les incessantes modifications de la terminologie psychiatrique. Cette protestation se perdit dans le vide, et la catatonie dut, elle aussi, subir le sort commun. Ce mot est actuellement employé à tort et travers, si bien que récemment Bertolani écrivait qu'il devrait disparaître du vocabulaire médical.

Rappelons que par ce mot Kahlbaum désignait, à la fois l'ensemble de la maladie, et son symptôme le plus caractéristique : la *tension* musculaire. Les auteurs italiens réservent à ce signe le mot de *catonisme*, ce qui est conforme à l'étymologie.

Le mot *catatonie* est employé abusivement de plusieurs façons :

1° Beaucoup désignent ainsi, soit le syndrome cataleptique, soit même la conservation des attitudes imposées, signe banal entre tous.

2° D'autres l'appliquent à la totalité de la démence précoce. Bien plus, avec Urstein (de Varsovie) la catatonie devient une gigantesque synthèse englobant, non seulement la démence précoce, mais encore toutes les formes un peu aberrantes de psychose maniaque-dépressive, ainsi qu'une grande partie de l'hystérie et de l'épilepsie.

3° Une erreur de plus en plus répandue consiste à dénommer catatoniques toutes les variétés de stupeur, mélancolique, confusionnelle, et autres. Les plus vagues symptômes de résistance musculaire ou d'attitudes cataleptoïdes au cours de la grippe ou de la paralysie générale font l'objet de mémoires ou de thèses sur « la catatonie au cours de la grippe », ou sur « les formes catatoniques de la P. G. ». On ne saurait trop protester contre un tel abus de mots. En confondant toutes les variétés de stupeur sous la rubrique catatonie, on recule de cent ans en arrière, effaçant tout l'effort clinique qui a permis de distinguer entre elles les

variétés mélancolique, confusionnelle et catatonique, avec le seul bénéfice que le mot clair et significatif de stupeur est remplacé par celui de catatonie qui est inapproprié. Un seul exemple montrera jusqu'où peut aller cette aberration : Certains auteurs prétendent qu'il existe une catatonie du cheval et du bœuf. Les vétérinaires connaissent en effet ces vieux chevaux épuisés qui restent inertes, n'avancant plus que dans la mesure où on les pousse, et parfois l'autopsie révèle une hydrocéphalie ventriculaire. Quant à dire qu'il s'agit là de catatonie, c'est aller un peu trop loin dans l'absurde. A ce compte, l'âne qu'il faut tirer en arrière par la queue pour le faire avancer serait lui aussi un catatonique méconnu.

---

## NOSOLOGIE

---

Le mot Catatonie est ici employé exclusivement suivant la définition de Kraepelin: « Etats particuliers de stupeur ou d'excitation, aboutissant le plus souvent à la démence, et accompagnés de négativisme, de stéréotypies, et de suggestibilité dans les mouvements d'expression et dans les actes ». Cette définition donne une excellente caractéristique extérieure de la maladie, mais n'en révèle pas la structure intime. Or, il est remarquable que, de tous les signes de la catatonie, il n'en est pas un seul qui ne puisse se retrouver dans bien d'autres affections ; il ne suffit donc pas d'en rencontrer un ou plusieurs réunis pour affirmer le diagnostic.

Sur quoi faut-il donc se baser ? D'abord sur les caractères généraux et l'ensemble de l'évolution. Ensuite sur la nature *primitive* du syndrome, c'est-à-dire qu'il faut rejeter les cas où existent des signes analogues à ceux de la catatonie, mais secondaires à l'anxiété, à la confusion, au délire, etc.

On affirmera le diagnostic de catatonie toutes les fois que se trouveront réunies les conditions suivantes : 1° Existence des signes capitaux, c'est-à-dire par ordre d'importance : négativisme, passivité et accessoirement stéréotypies ; 2° Ces signes, non seulement existent, mais sont liés entre eux par un certain accord, une harmonie souvent difficile à définir et que seule l'évolution permet d'affirmer ; 3° Le caractère primitif du syndrome. Il suffit de l'existence de quelques cas dans lesquels le syndrome catatonique se trouve à l'état de simplicité, sans délire, sans affaiblissement intellectuel, sans troubles affectifs notables, pour avoir le droit d'affirmer que tel est le modèle du syndrome à l'état pur. Le syndrome catatonique n'est certain que lorsqu'il est inexplicable par les faits psychologiques conscients. S'il existe du délire, de l'anxiété, etc., il faut du moins s'assurer que les signes catatoniques n'en dérivent pas directement.

Ces conditions une fois réunies, des formes cliniques peuvent certes exister. Sans s'arrêter aux formes séniles ou précocissimes,

ce seront surtout des formes caractérisées par la prédominance de l'un des signes fondamentaux : passivité, négativisme. Ce sont les formes à passivité prédominante qui étaient classées autrefois dans la catalepsie. On les reconnaîtra par le fait que, si complète et si étendue soit cette catalepsie, il existe toujours un peu de contraction active ou *catatonisme*, sous forme de trismus, de raideur du cou et des muscles voisins. La catalepsie hystérique peut atteindre tous les muscles sans exception, les attitudes imposées provoquent souvent l'apparition d'une mimique expressive correspondant à la forme du geste imposé ; les attitudes se conservent indéfiniment. Dans la catatonie, sans parler du petit foyer d'opposition active, les muscles de la face restent impassibles, et la conservation des attitudes ne dure guère plus de 20 minutes en présence de l'observateur, 10 minutes en son absence. Beaucoup plus fréquentes sont les formes où le négativisme prédomine ou existe exclusivement. En effet, la passivité et la suggestibilité ne sont nullement des signes obligatoires du syndrome ; ils caractérisent simplement une forme ou un degré moins intense de la maladie. Cliniquement ils se voient souvent dans des formes légères et d'évolution favorable ; et à un autre point de vue, Janet a montré que le négativisme (au sens le plus général) est un état de plus faible tension psychologique que la passivité.

Plus importantes que ces formes symptomatiques, sont les formes d'après l'évolution.

### Formes cliniques de la catatonie primitive.

Le syndrome catatonique pur, envisagé statiquement, est une entité abstraite. Pratiquement, il forme le fond de divers états évolutifs qu'il faut ranger sous trois formes :

- 1<sup>o</sup> Catatonie intermittente ou maniaque-dépressive.
- 2<sup>o</sup> Catatonie de la démence précoce.
- 3<sup>o</sup> Catatonie à évolution cyclique, telle qu'elle fut décrite par Kahlbaum.

### Catatonies Intermittentes ou maniaques-dépressives.

Ces formes ne doivent pas être confondues avec des cas de psychose maniaque-dépressive qui présenteraient (comme on le voit souvent, surtout chez les débiles), quelques signes catato-

niques. Le syndrome catatonique doit faire le fond de la maladie, et l'épithète intermittent ou maniaque-dépressif s'applique au mode d'évolution, calqué sur celui de la psychose périodique.

Ces formes ont été surtout décrites par les Italiens : Aug. Tamburini, Morselli, Arr. Tamburini, mais aussi par nombre d'autres auteurs, et elles sont bien connues. Elles peuvent affecter autant de variétés que celles de la psychose maniaque-dépressive. L'une des plus fréquentes est la catatonie intermittente, caractérisée par des accès de stupeur catatonique typique séparés par des intervalles souvent très longs de santé parfaite. On connaît également des accès à double forme : excitation, puis stupeur catatoniques, ou inversement, suivis de guérison complète (1). Une forme fréquente est la catatonie présénile, parallèle à la mélancolie d'involution présénile. De même, l'accès mélancolique simple a son parallèle dans la *psychose catatonique aiguë* de Morselli. Le diagnostic de cette forme avec la mélancolie simple est souvent très difficile. En voici un exemple.

OBSERVATION N° 1.

*Psychose catatonique aiguë* (service de M. le Dr Capgras).

M<sup>me</sup> H., âgée de 56 ans, entrée le 26 novembre 1932 dans le service de M. le Dr Capgras, est internée avec le diagnostic de stupeur mélancolique. Dès son arrivée, et tous les jours suivants, on la trouve invariablement cachée sous ses draps, immobile, les mâchoires et les paupières fortement contractées. Cette contracture se généralise à la moindre tentative de mobilisation passive, atteignant une rare intensité. Le mutisme est complet. Nourrie à la sonde avec grandes difficultés, elle arrive à vomir la plus grande partie de ce qu'on lui fait ingérer. Elle rejette de même tout vêtement, arrachant sa chemise aussitôt qu'on la lui a mise. Elle est gâteuse. Elle paraît complètement insensible, ne réagit pas aux excitations douloureuses. Enfin les troubles vaso-moteurs et le dermographisme sont intenses.

Le 8 décembre apparaît un changement appréciable. La malade, sans aucune explication, s'alimente seule, garde sa chemise, et commence à parler un peu, pour se plaindre de douleurs au siège d'une ancienne fracture. Cet état se prolonge sans changement pendant 6 semaines.

Un matin, subitement, on trouve la malade complètement transformée, dans un état en apparence absolument normal. Elle réclame sa sortie, affirmant qu'étant normale, elle n'a pas sa place ici. Elle donne, à toutes les questions, des explications abondantes, et raconte toute sa vie et l'histoire de sa maladie, dont elle se rappelle tous les incidents.

Les explications qu'elle donne sur son état sont absolument typiques. *Parce*

(1) On en trouve deux exemples dans le rapport de Claus au Congrès des Aliénistes de 1903 (Bruxelles).

*que j'étais enfermée en moi*, répond-elle au Dr Joaki. Les réponses sont toutes absurdes et contradictoires.

— Pourquoi ne parliez-vous pas ? — 1<sup>o</sup> Parce que je n'étais pas contente d'être amenée à l'hôpital ; 2<sup>o</sup> Parce qu'on me faisait mal aux jambes en les soignant tous les jours. 3<sup>o</sup> Parce que je n'avais rien à dire ; 4<sup>o</sup> Je ne savais pas bien le français, alors je ne voulais pas parler (elle est Bretonne). On lui fait remarquer qu'ici elle parle bien français : Je ne voulais pas parler parce que je n'étais pas contente d'être enfermée ; 5<sup>o</sup> Je ne sais pas (geste évasif).

— Pourquoi enleviez-vous vos vêtements ? — Je pensais que c'était une chemise d'homme, puisque les manches sont comme des chemises d'homme.

— Pourquoi refusiez-vous de manger ? — J'étais pas contente d'être enfermée parce que je n'avais jamais rien fait de mal.

— Pourquoi vous cachiez-vous sous vos draps ? — Quand on vous met dans une maison comme ici, on n'est pas plus fière que ça !

— A quoi pensiez-vous ? — Je pensais à mes parents et à mes amis. Je pensais qu'avant j'étais heureuse à la campagne et maintenant j'étais malheureuse ici.

Elle ne peut expliquer la cessation rapide de ses troubles. Quant au début, elle prétend que ce sont ses enfants qui l'ont forcée (elle ignore pourquoi) à entrer à l'hôpital, bien qu'elle ne fut pas malade. Elle continue, d'ailleurs, à nier l'existence de cette maladie.

M<sup>me</sup> H... était une Bretonne qui avait passé sa vie dans une ferme très isolée, ne voyant personne. 3 ans avant, elle avait eu un assez long accès de dépression après quoi elle était venue à Paris chez ses enfants et avait commencé à apprendre le français. Malgré l'existence d'un accès antérieur de mélancolie, on ne peut guère douter du diagnostic de psychose catatonique aiguë : négativisme généralisé, sans motifs logiques, conservation de la lucidité et de la mémoire, terminaison soudaine et inattendue de la maladie, enfin l'humeur mélancolique peu prononcée et sans rapport avec l'intensité des symptômes catatoniques.

### **Catatonie de la démence précoce.**

Bien connue, et considérée généralement comme l'expression typique de la catatonie, elle s'y rencontre cependant sous des formes très variées. A un extrême, c'est une poussière de petits signes constituant la « petite catatonie » survenant dans les formes associées ou hébéphréno-catatoniques. A l'autre extrême, le syndrome catatonique est pur ; il n'y a ni délire ni affaiblissement mental : ce sont les formes qui guérissent le mieux ; et l'on peut poser en règle générale que plus le syndrome catatonique est pur et typique, plus ces formes s'éloignent de la description d'ensemble de la démence précoce.

### **Catatonie à évolution cyclique, ou maladie de Kahlbaum.**

Lorsqu'on étudie attentivement la question, on ne peut douter qu'il n'existe des formes cliniques répondant exactement au modèle décrit par Kahlbaum. Quoique rares, ces formes ne sont pas

absolument exceptionnelles. L'évolution cyclique, avec les divers stades indiqués par Kahlbaum, y est particulièrement nette. Si le sujet est jeune, on les classe dans la démence précoce catatonique ; sinon, le diagnostic hésite.

Cette forme est tellement caractéristique qu'on ne peut manquer de la reconnaître quand on la rencontre. Comme exemple, en voici un cas décrit avant Kahlbaum.

*La malade de Chaume* (1871). Une jeune fille lymphatique, malade, commença à 12 ans à devenir hyperémotive et d'une piété excessive (*mélancolie initiale*). Puis brusquement, elle entra dans un délire violent avec hallucinations, idées de l'enfer, dont elle croyait voir les flammes. Cet état dura un mois (*manie à forme de Wahnsinn*). Pendant trois ans, elle redevint lucide et laborieuse, mais déprimée, d'une piété excessive, s'imposant des pénitences qui confinaient à l'automutilation (*2<sup>e</sup> stade mélancolique*). A ce moment, les Prussiens approchant de Paris, elle présenta des idées d'auto-accusation, se coupa un doigt sans montrer ni douleur ni émotion, puis la figure rayonnante de joie, récita des prières, les yeux tournés vers le ciel (*2<sup>e</sup> stade maniaque avec pathétisme*). Puis elle tomba dans la stupeur, l'inertie, avec négativisme, contracture des mâchoires, et conservation des attitudes, flexibilité cireuse très marquée, anesthésie complète. On ne l'entendait murmurer que quelques mots : « Oubliez-moi, pardonnez-moi, je suis coupable ». Certaines nuits, elle se levait, marchait à petits pas et allait manger gloutonnement (*stupeur*). Très progressivement cet état rétrocéda, le mouvement, la sensibilité et l'intelligence réapparurent. On nota quelques courts accès d'*excitation maniaque*. La phase de stupeur avait duré 7 mois. La malade partit guérie, mais Chaume considéra comme de mauvais pronostic le fait qu'elle n'avait eu aucune frayeur malgré qu'on se battît au voisinage de l'hôpital.

On pourrait donner d'autres exemples, tout aussi caractéristiques. Si l'on compare ces cas avec ceux de catatonie maniaque-dépressive et démentielle précoce, on se convainc que la forme cyclique de Kahlbaum est la véritable forme typique de la maladie, et que les autres formes sont caractéristiques dans la mesure où elles se rapprochent de celle-ci.

### Les fausses catatonies.

Le domaine de la catatonie légitime étant ainsi tracé, il sera facile d'en éliminer divers états qui lui sont souvent attribués à tort.

1<sup>o</sup> Les états de stupeur accompagnés de quelques signes de négativisme, conservation des attitudes imposées, etc. Ces signes peuvent se voir dans la confusion mentale, ainsi que dans cer-

taines psychoses intermittentes ; or, on ne saurait trop le répéter, ils sont des plus banaux et n'autorisent nullement à parler de catatonie.

2° Certains cas de lésions cérébrales organiques.

On sait qu'il existe des cas de catalepsie par lésion cérébrale localisée ; et il est probable qu'il en est de même pour le négativisme. C'est probablement dans ce groupe qu'il faut placer le très intéressant cas de Claude, Lhermitte et Baruk (1) : un vieillard atteint de troubles pseudo-bulbaires, aphasie, troubles végétatifs, etc., présentait au seul membre supérieur droit un négativisme moteur intense et des réflexes de préhension ; la conservation des attitudes était localisée aux deux membres supérieurs et au membre inférieur droit. A l'autopsie, les lésions étaient trop diffuses pour qu'il fût possible d'en tirer des conclusions précises.

3° Enfin il existe des cas où les éléments du syndrome catatonique se présentent au complet, mais où l'étude de l'évolution révèle la coexistence d'autres troubles psychiques évoluant indépendamment, ou dont la liaison avec le syndrome catatonique est impossible à démontrer.

Et même, un dément précoce peut se trouver dans la stupeur catatonique sans être pour cela un dément précoce catatonique. L'observation suivante en est une illustration.

OBSERVATION N° 2.

*Démence paranoïde avec épisodes catatoniques aigus* (service de M. le Dr Capgras).

M<sup>me</sup> L., âgée de 31 ans, est internée le 5 janvier 1933 dans le service de M. le Dr Capgras, pour des troubles mentaux datant d'environ 5 ans.

Dès son enfance, elle avait eu un caractère bizarre. Ayant perdu sa mère à l'âge de 8 ans, elle vivait seule avec son père, ouvrier mineur. Elle était d'humeur mobile, susceptible, renfermée. A 18 ans, abandonnée par son fiancé, elle tenta de se suicider en se jetant dans un puits.

A 22 ans, elle se maria. Les particularités de son caractère s'affirmèrent. Elle ne voulait pas sortir, s'ennuyait, pleurait souvent, ne savait ce qu'elle voulait faire, avait l'idée fixe qu'elle était destinée à mourir à 32 ans comme sa mère.

Quelques années après, en 1926, elle commença à se plaindre de persécutions et d'hallucinations auditives. On l'insultait partout. Elle en accusait même son mari. Cet état s'atténua peu à peu.

(1) Claude, Lhermitte et Baruk. — « Pathologie de la pré-sénilité. Syndrome catatonique avec négativisme unilatéral », *Encéphale*, 1932, t. XXVII, p. 177-195.

En 1930, elle devint enceinte. Tout paraissait normal, mais l'accouchement fut long et difficile. Déjà elle avait commencé à se déprimer. Peu après l'accouchement, les idées de persécution recommencèrent, et 6 mois après il fallut interner la malade. Placée dans une maison de Religieuses, c'est là sans doute qu'elle recueillit les éléments de son futur délire mystique (car elle n'avait jamais été inclinée vers la religion). Trois mois après, elle sortit apparemment si bien guérie qu'elle reconnut spontanément la nature de sa maladie et la fausseté de ses hallucinations. Il y eut alors 6 mois de rémission complète.

A la fin de décembre 1932, M<sup>me</sup> L... commença à se plaindre du con-cierge, qui, disait-elle, la calomnait. Le jour de Noël, brusquement, elle fut saisie d'une agitation extrême, avec impulsions anxieuses ; elle voulait se jeter par la fenêtre. disant qu'il y avait des cambrioleurs dans la maison. Devant l'agitation persistante et l'insomnie, il fallut l'interner à Sainte Anne.

A son entrée, la malade présentait un état d'*excitation catatonique*, avec des mouvements violents et rythmiques des bras et aussi des membres inférieurs, et parfois des mouvements alternatifs à droite et à gauche. Elle récitait interminablement : « Au nom du Père, du Fils, et du Saint-Esprit. Ainsi soit-il ». Ne répondant pas aux questions, elle refusait aussi de manger et il fallut la nourrir à la sonde. Assez rapidement, l'agitation cessa, laissant place à un état de *stupeur catatonique*, avec immobilité complète, rigidité musculaire, opposition active, mutisme, refus d'aliments. Cet état dura sans interruption pendant un mois. Au début de mars, la malade recommença à parler et à manger. Interrogée par son mari sur son état précédent, elle donna cette seule explication : « Parce que j'appartiens au Ciel ».

L'aspect de la malade devient alors tout différent. Elle passe son temps à chanter. Elle ne peut supporter qu'on s'approche de son lit, et maintient les visiteurs à distance respectueuse. Elle révèle des idées délirantes qui sont de deux ordres. D'une part, des idées mystiques prédominantes, multiples, incohérentes, souvent exprimées sous une forme elliptique. D'autre part, des idées de grossesse : elle se prétend enceinte, malgré la persistance de ses règles, elle réclame les égards dus à une mère, et en particulier exige souvent une double portion sous prétexte qu'elle doit manger pour deux.

Brusquement et inopinément, au début de juillet 1933, commence un *second épisode catatonique*, semblable au premier, et qui se poursuit pendant un peu plus d'un mois.

Le 16 août, du jour au lendemain, un changement complet était survenu. Assise dans son lit et d'apparence normale à première vue, M<sup>me</sup> L... parle avec une légère excitation, mais c'est pour exprimer les mêmes idées délirantes : elle est la Reine de l'Univers et elle demande à être transférée d'urgence au Pavillon de Chirurgie pour y accoucher d'une fille. Interrogée sur l'état dont elle vient de sortir, elle déclare que c'était une grâce céleste qu'elle a subie malgré elle. « Je ne pouvais pas faire autrement », dit-elle. Elle souligne ce fait qu'elle ne le pouvait pas ; parfois elle aurait voulu parler, mais c'était impossible.

Le 17, à la visite on trouve la malade couchée sur le côté gauche, faisant depuis le début de la matinée un mouvement circulaire ininterrompu, de moulinet, avec le bras droit. On essaye de l'arrêter, on sent l'effort qui persiste. On lâche le bras, le mouvement reprend aussitôt avec les mêmes caractères. La physionomie malheureuse, la malade déplore de ne pouvoir arrêter ce mouvement qui se fait malgré elle « C'est la faiblesse nerveuse, les nerfs trop faibles », explique-t-elle, et elle demande une potion à la menthe, seule capable, croit-elle, de faire cesser ce mouvement involontaire.

Le 18, on trouve la malade dans une attitude immuable d'immobilité pro-

longée, les yeux fermés, les mains étendues au-dessus de la tête, les doigts se touchant bout à bout par leurs extrémités. On essaye de la déplacer, elle oppose une résistance extrême. Comme on lui apporte son repas, elle s'interrompt, reprend une apparence presque normale, bien qu'un peu figée. Elle exprime son mécontentement : « Il ne fallait pas essayer de m'interrompre. Je devais rester immobile. Je recevais l'Univers. Je recevais le Soleil d'Or, le Soleil d'Argent, le Soleil Bleu, le Soleil Rouge, les Soleils de toutes les couleurs. »

Le 25 août, la malade déclare qu'elle peut agir à distance. Toutes ses paroles sont notées, ainsi que celles de ses interlocuteurs. Elle ne peut se faire comprendre, ou plutôt les autres sont incapables de la comprendre : « J'ai des paroles qui ne sont pas vos paroles, et une bouche qui n'est pas votre bouche. » Elle donne ses ordres sur une ton qui n'admet pas de réplique : « Vous devez m'obéir. Vous n'avez aucun droit. C'est la Reine de l'Univers qui vous le dit. » Et comme ses ordres sont refusés : « Vous êtes un imbécile ! Vous êtes rien que moins. Ce que je vous dis, vous n'avez qu'à le noter, c'est que vous êtes un sous-moi, vous êtes au-dessous de moi. Adam et Eve après avoir péché sont devenus noirs. Le pécheur est en vous. Vous êtes un imbécile noir et un imbécile-serpent. »

Comme on le voit, cette malade qui s'était présentée d'abord comme une catatonique (excitation puis stupeur catatoniques), est en réalité avant tout une démente paranoïde, comme le montre la suite de son histoire. Ses accès d'immobilité avec rigidité musculaire sont des extases. Ils traduisent une concentration extrême dans un état mental inexprimable et de ton affectif élevé. Il est probable qu'il s'agit d'une affection mixte, paranoïde et catatonique, et qu'il y a des phases où la stupeur est secondaire à l'état paranoïde (extase), et des phases où la stupeur catatonique reçoit secondairement un contenu et une justification subjective dans le délire paranoïde. Mais quoi qu'il en soit, ce qui reste certain, c'est qu'un tel cas ne peut nullement éclairer l'étude de l'état psychologique propre au syndrome catatonique, et il est regrettable que des cas de ce genre aient été publiés par les auteurs qui ont étudié l'état mental des catatoniques.

---

## ÉTUDE PSYCHOLOGIQUE GÉNÉRALITÉS

---

Dans sa *Psychopathologie générale*, Jaspers écrit :

Lorsqu'on cherche à approfondir l'étude *psychologique* du syndrome catatonique dans les cas qui nous semblent « classiques » avec évidence, on aboutit à des observations très étranges, mais non pas à un résultat précis. Il s'agit dans ces états assez fréquents des états d'âme les plus mystérieux que nous connaissions. Ils semblent aussi mystérieux ou plus mystérieux encore au psychiatre qu'au profane. Nous ne savons point du tout quel est l'état affectif de ces malades. Nous ne possédons presque pas d'autodescriptions. Lorsque des malades apprécient eux-mêmes leur état au début seulement, ils s'expriment par des mots qui rappellent des états intelligibles de notre vie, mais qu'il ne faut interpréter probablement que comme des comparaisons : « je suis si passif », « je ne peux pas donner de moi ce que je voudrais », « je me sens si engourdi », etc. Lorsque nous essayons de décrire cet état, il ne peut s'agir, faute de connaissance, que de circonscrire des impressions. Même lorsque ces malades ont eu un esprit critique éminent, ils n'ont pas conscience de leur état, *bien que* dans le complexe pur, aucun rôle ne soit joué ni par des idées délirantes ni par des perceptions trompeuses... Il s'agit d'un trouble de l'*activité*, de la volonté. La faculté de concevoir, l'orientation, la mémoire sont tout à fait intactes... Il ne peut s'agir d'un trouble uniquement moteur, que le malade éprouve, quelle que soit sa complication, comme quelque chose d'étranger, de purement physique. Le trouble doit résider plus profondément dans le psychique.

La plupart des observateurs qui ont étudié les catatoniques confirment l'appréciation de Jaspers sur l'impénétrabilité de leur état mental. Bertolani déclare que cet état lui reste entièrement mystérieux, bien qu'il lui ait porté, depuis de longues années, une attention particulière.

C'est pourquoi, avant d'aller plus loin, il me paraît essentiel de chercher à préciser les raisons de cette difficulté du sujet. Or, les catatoniques ne sont pas des malades d'une telle rareté que l'on ne puisse les observer, suivre leur évolution, noter leurs faits et gestes, enregistrer leurs propos et les déclarations qu'ils

font en période de rémission. Une telle étude a été faite bien des fois, avec des résultats concordants.

Il nous faut d'abord passer en revue ces données définitivement acquises, et ensuite examiner pourquoi, malgré leur apparence de netteté, elles ne conduisent pas à une conception d'ensemble satisfaisante.

## I. — LES DONNÉES ACQUISES.

Kahlbaum, sans donner une étude très détaillée de l'état mental, a mis en relief ce trait essentiel : *la forme des troubles est plus caractéristique que leur contenu.*

Schüle, qui fut le premier à décrire la catatonie dans un traité de pathologie mentale, en propose une description très détaillée qui s'écarte notablement de celle de Kahlbaum. Il fait de la catatonie une des formes du *Wahnsinn* ou *Paranoia aiguë*. Il en résulte que le contenu délirant, qui définit la maladie, est mis au premier rang. Il distingue 3 formes de catatonie : expansive, dépressive et hystérique. Dans tous les cas, il s'agit d'un état délirant, avec hallucinations tellement nombreuses et intenses que le malade, complètement absorbé dans son état, ne garde le plus souvent qu'une conscience très obscure du monde extérieur. Ce délire est un délire religieux : soit expansif (le malade se croit au Ciel, voit les Anges) ; soit dépressif, surtout chez la femme (elle se croit en Enfer, en butte aux assauts du Démon, etc.).

Cette conception de la maladie amène une théorie très compliquée des relations entre l'état mental et l'état musculaire. Le plus souvent la tension musculaire et les attitudes traduisent des sentiments et des idées délirantes (le malade semble faire de l'escrime, prononcer un sermon, garde l'attitude du crucifiement, etc.) ; mais parfois la tension musculaire est d'origine directement organique, parfois elle serait un réflexe déterminé par des névralgies. Inversement, il peut arriver que les attitudes corporelles déterminent chez le malade des idées délirantes et des sentiments correspondants.

Malgré leur grand intérêt, on a reproché à Schüle (avec raison, semble-t-il), le caractère artificiel de ses descriptions. C'est à Kraepelin que revient le mérite d'une description vraiment précise et strictement objective de l'état mental des catatoniques.

### *Description de Kraepelin (1).*

Chez les catatoniques, la conscience est troublée, quelquefois légèrement, quelquefois très sérieusement, surtout pendant l'évolution et le summum des troubles aigus. Presque toujours cependant, les malades semblent comprendre certaines impressions, alors même qu'on ne peut le démontrer au premier abord. Ils conservent une idée assez obscure de leur propre état, de ce qui se passe dans leur entourage (ce qui tient pour une part à ce qu'ils n'éprouvent guère le besoin d'élaborer leurs perceptions). Aussi méconnaissent-ils souvent les personnes et ne savent-ils pas où ils se trouvent.

Par contre et non moins souvent, ils surprennent par le fait qu'ils connaissent le nom des infirmières ou d'autres malades, qu'ils font une remarque sarcastique, donnent une description raisonnable de leur situation, se plaignent d'un incident quelconque, écrivent une lettre concise décrivant leur situation de façon tout à fait adéquate et demandant leur sortie. Certains malades vont jusqu'à résoudre des problèmes d'une nature difficile ou à révéler des connaissances surprenantes : tel un paysan d'apparence bornée et qui était capable de donner des détails précis sur l'histoire des Croisades et de Conradine von Hohenstauffen.

En général, la lucidité est moins troublée qu'on ne le croirait d'après l'attitude bizarre de ces malades, et cela parce que ces attitudes bizarres reposent essentiellement sur un trouble de la volonté.

Même il existe souvent une certaine *compréhension de la maladie*. Les malades désignent leurs bizarreries comme des *bêtises*, disent qu'ils sont *piqués*. Un malade à qui l'on demandait s'il était malade mentalement répondait : « Bien sûr, si l'on est raisonnable on ne fait pas de choses pareilles. » Une malade qui présentait des stéréotypies catatoniques au plus haut degré me disait : « Je dois toujours faire ce mouvement bête, et c'est vraiment pas trop intelligent. » Une autre se plaignait toujours de devoir faire des grimaces ; ne pouvait-on pas lui enlever ce rire ? Beaucoup soulignent que quand ils riaient ils n'étaient nullement d'humeur gaie. A vrai dire, en les interrogeant sur les causes de leurs attitudes bizarres, on ne reçoit jamais de réponse satisfaisante. Un malade donnait comme raison de son mutisme ce qui suit : « Je ne suis pas encore disposé à pouvoir montrer une voix. » Un autre disait qu'il s'était expliqué par écrit, faute de pouvoir trouver tout de suite les mots. Un troisième disait ne pas avoir parlé parce qu'il ne connaissait personne. Une malade disait qu'elle ne *voulait* pas parler, une autre qu'elle ne *devait* pas. Telles sont d'autres réponses analogues : « Le médecin savait déjà tout, les questions étaient si simples, il ne savait ce qu'il devait répondre. » Interrogée sur la raison de son refus de manger, une malade répondait : « Elle n'a pas besoin de manger. » Une autre prétendait ne pas avoir eu faim. Fréquemment on entend que les malades ont *dû* faire ce qu'ils ont fait. « J'étais obligée de cracher », disait une malade.

Une autre, à qui l'on demandait pourquoi elle prenait des attitudes bizarres, répondait : « Parce que je le veux. » Un malade expliquait qu'il était resté sans mouvement parce qu'il l'avait voulu. Un autre indiquait qu'il devait se comporter ainsi parce qu'il ne se rendait pas compte.

Des réponses assez fréquentes sont encore que cela les amusait, que cela leur venait dans la tête, qu'ils étaient obligés d'être ainsi, que c'était l'intervention d'une force, d'une impulsion, d'un désir.

(1) Traduction légèrement abrégée.

L'obéissance automatique au commandement reçoit comme explication : « On l'a voulu ainsi », « les malades ont cru faire plaisir au médecin ».

Plus rarement, d'autres explications sont proposées. Un malade, à ce qu'il disait, avait cru qu'il s'éloignerait de Dieu s'il venait à manger... Un autre malade racontait qu'il avait été conduit à ses actes désordonnés comme s'il eût été entraîné au moyen d'une corde. Un autre qui, en comptant, omettait toujours le nombre 4, déclarait qu'il avait été obligé, ce faisant, de penser au quatrième commandement. Un autre qui pendant des heures jouait passionnément de l'harmonica, prétendait que la Toute-Puissance divine lui enjoignait de faire de la musique afin de préserver de tout dommage les affaires militaires.

De l'exposé de tous ces motifs, il résulte clairement que les actes bizarres sont provoqués par des impulsions et ne résultent nullement de considérations déterminées.

Malgré la netteté de ces déclarations sur leur état, qu'ils considèrent comme malades d'une façon générale, les malades n'arrivent pas, du moins du premier abord, à se faire une idée vraiment exacte de la gravité de leurs troubles. Beaucoup se plaignent amèrement des traitements subis. Une malade, plongée dans une profonde stupeur, demeurant jour et nuit assise et repliée sur elle-même dans son lit, avait été reconnue sensible aux piqûres d'une aiguille et plus d'une fois on avait essayé de lui faire prendre une position couchée ; or, un jour elle sortit brusquement de sa torpeur et se montra indignée d'avoir été brutalement jetée dans son lit, et de ce qu'on lui avait fait pénétrer des barres de fer dans la tête. Une autre réclamait une indemnité de 30.000 marks. A toutes les représentations sur la nature inexplicable et malade de leur état, les malades opposent des réponses absurdes : ils auraient ignoré où ils étaient, se seraient vu arracher sans raison à leur foyer..., rien d'étonnant si leur raison s'en était un peu ressentie.

La *mémoire*, touchant le début de la maladie, semble en général assez claire, mais très lacunaire. Les malades admettent que ceci ou cela a bien pu se passer, mais ils se disent incapables d'expliquer comment ils ont été amenés à se conduire ainsi. Parfois ils contestent très fermement certains faits isolés, puis recommencent à soutenir qu'ils ont été morts, ou bien qu'ils ont subi des violences. Il est difficile de se faire une représentation satisfaisante du contenu de leur mémoire, par suite des idées chimériques et des illusions sensorielles, et d'autre part à cause du caractère déraisonnable et fermé de ces malades. Pourtant, presque toujours une chose est frappante : l'indifférence avec laquelle ils acceptent la gravité de leur maladie. Il est clair qu'ils n'éprouvent aucun besoin de se rendre compte des particularités de leur existence de malade : ils ne cherchent pas à s'en enquérir, ne veulent pas en entendre parler, répondent par un rire incrédule aux explications qu'on essaye de leur en fournir, n'attribuent aux troubles aucune signification sérieuse, se considèrent sans hésiter un instant comme complètement guéris dès qu'ils ont recouvré un minimum de lucidité et de tranquillité, et s'efforcent sans plus, rebelles aux meilleurs avis, de se faire remettre en liberté.

Le *ton affectif* (*Stimmung*) ne présente généralement, dans l'état de stupeur, aucun indice de nuance marquée. Souvent les malades paraissent pressés par l'anxiété, c'est pourquoi on en a autrefois classés dans la *melancholia attonita* parce que, devant ce saisissement et cette roideur apparente, on supposait un état d'âme dominé par l'angoisse et la crainte ; pourtant on peut généralement se convaincre facilement que l'anxiété n'est pas le mobile essentiel de leur conduite. Ils ne se laissent pas influencer par les menaces, ne se retirent pas devant un poing tendu ou un couteau tiré, ne clignent pas des yeux lorsqu'on

approche la pointe d'une aiguille. C'est seulement au début de la maladie que se produisent parfois, sous l'effet des illusions chimériques, des explosions d'anxiété violente et de désespoir. Plus tard, le plus souvent sans raison apparente, ces dispositions cèdent à d'autres ; les larmes et les plaintes font place à une irritabilité orgueilleuse ou à une joie enfantine, cependant que le trait dominant demeure une indifférence apathique particulièrement visible dans l'attitude des malades à l'égard de leurs parents les plus proches et dans leur état crépusculaire exempt de désir et de volonté.

J'ai tenu à reproduire cette magistrale description de Kraepelin, qui n'a jamais été surpassée. Revenant sur les conceptions un peu trop fantaisistes de Schüle, Kraepelin a pleinement confirmé cette assertion de Kahlbaum : le contenu des troubles catatoniques est moins caractéristique que leur forme. Kraepelin a montré que les éléments du syndrome catatonique sont tous variables, peu consistants, peu caractéristiques. La nature du délire est donc incapable de définir la maladie, ni l'état affectif d'en distinguer les formes cliniques. Puisque le contenu n'explique en rien la forme du syndrome catatonique, celui-ci est donc primitif. En effet, la conscience varie entre une lucidité surprenante et la pleine torpeur ; l'affectivité est neutre ou parfois exaltée ; la conscience de la maladie est présente, absente, ou incomplète. Les travaux ultérieurs n'ont rien retranché ni modifié à ces conclusions ; elles les ont seulement complétées : il faut y ajouter l'existence d'un état onirique (ce sont les hallucinations décrites par Schüle et d'autres), et le caractère particulier des idées délirantes, soit à forme religieuse, soit à forme perverse.

Cependant, bien que ces troubles soient peu caractéristiques pris isolément, ils portent dans leur ensemble une physionomie commune, assez particulière, semble-t-il, pour pouvoir servir d'appoint au diagnostic : dans notre observation n° 1 elle a paru suffisamment bien marquée pour appuyer le diagnostic de catatonie contre celui de stupeur mélancolique.

Tels sont les résultats positifs, objectifs, obtenus par l'étude de l'état mental des catatoniques. Il reste à examiner comment on peut les dépasser, les interpréter, les synthétiser.

## II. — MÉTHODOLOGIE.

Trois procédés peuvent concourir à l'étude psychologique des catatoniques : l'observation de leur comportement, l'analyse des

déclarations qu'ils font sur leur état, et enfin certaines épreuves pharmacodynamiques.

### 1° Observation du comportement.

Dès l'abord, elle se heurte à plusieurs difficultés, sources d'erreur. L'apparence extérieure de ces malades est très trompeuse. Souvent, en dépit de leur torpeur et de leur attitude figée, ces malades sont lucides, voient tout, entendent tout, comme on le découvre avec étonnement lors de leurs brusques rémissions. Il n'est pas rare que, par leur attitude et leurs actes bizarres, ils soient pris pour des hystériques ou des simulateurs, erreur commise, non seulement par les neurologistes, mais même quelquefois par des psychiatres. Le nom même d'*autisme*, par lequel on caractérise leur état, a fini par devenir une cause d'erreur : le malade ne vit pas exclusivement en lui-même, il continue à participer au monde extérieur mais selon des lois nouvelles et particulières, et précisément le mérite du génie de Bleuler est d'avoir saisi cette participation du monde extérieur pour permettre d'entrer en contact avec le malade. Cette découverte peut être comparée à celle de Babinski pour l'hystérie, en ce que toutes les deux ont fait passer la question, du terrain de la psychologie individuelle, à celui de l'interpsychologie. La méconnaissance de cette règle explique certains résultats paradoxaux obtenus par les observateurs. Pour étudier l'affectivité des catatoniques, quelques auteurs ont essayé de provoquer chez eux des émotions vives, en criant : Au feu ! ou en leur annonçant la mort de leurs parents, ce qui les a laissés parfaitement indifférents. Or on sait que ces malades sortent parfois de leur torpeur et prennent l'apparence normale à la suite de faits analogues mais authentiques. Il me paraît évident que, malgré leur obtusion, ces malades ont une intuition particulièrement aiguë de tout ce qui se rapporte aux dispositions affectives de l'entourage à leur égard, intuition comparable à l'instinct infailible par lequel les animaux saisissent immédiatement la sécurité d'un lieu et déjouent les pièges les plus compliqués. Pour conclure, affirmons que pour étudier valablement la psychologie du catatonique, il faut considérer, non pas le malade isolé, mais l'ensemble composé par le malade et son entourage simultanément, en un mot, le *champ psychologique*.

### 2° Analyse des déclarations des malades.

Le simple fait d'enregistrer les déclarations des malades expose déjà à plusieurs causes d'erreur. Une fois sorti de son état catatonique, le malade présente une suggestibilité extrême, et se laisse facilement influencer par les idées de l'observateur, même sans erreur de méthode apparente de la part de celui-ci. C'est pourquoi, dans leurs déclarations, les catatoniques se conforment d'une façon étonnante aux théories en vogue : les malades de Schüle décrivaient admirablement les signes de la paranoïa qui était alors dans tout l'éclat de sa nouveauté ; aujourd'hui ceux des psychanalistes ont une remarquable unanimité dans l'énoncé de leurs complexes de castration et autres. De plus, en dehors de toute suggestion extérieure, les malades se contredisent d'un instant à l'autre, et ne paraissent pas s'en apercevoir. Souvent ils expliquent leurs actes bizarres par l'effet d'idées délirantes ou d'hallucinations, et certains auteurs se sont trop pressés de conclure qu'il en était réellement ainsi. En fait, interrogés un moment plus tard, les malades donnent, du même fait et apparemment avec la même bonne foi, de tout autres explications. Il ne faut donc jamais les croire sur parole.

Mais cette prudence avertie ne suffit pas. A ne retenir que les paroles des malades claires, probantes et dûment contrôlées, on n'aboutirait qu'à des résultats théoriquement médiocres et pratiquement nuls. Si l'on veut vraiment *comprendre* le malade et établir avec lui le *contact* psychologique et thérapeutique, il faut un sens intuitif hardi permettant de rassembler ces paroles incohérentes et incompréhensibles, les interpréter avec beaucoup d'imagination, deviner les *complexes* latents, s'engager hardiment dans ces hypothèses téméraires et les poursuivre longtemps par un véritable acte de foi. Sans cette attitude pragmatique, Bleuler et ses élèves n'auraient jamais pu découvrir le *contact affectif* avec leurs malades. Celui qui s'engage dans une telle entreprise devrait donc être armé de ces deux qualités opposées, une intuition divinatrice et un sens critique rigoureux.

### 3° Les épreuves pharmacodynamiques.

On sait que les catatoniques sortent parfois de leur état morbide de façon brusque et inattendue en prenant l'apparence nor-

male, mais pour retomber rapidement. Il serait important de connaître un moyen sûr de provoquer artificiellement et à volonté ce singulier phénomène. C'est dans ce but que l'on a utilisé certaines épreuves pharmacodynamiques.

Peu après la découverte des propriétés anesthésiques de l'éther, ce produit fut employé pour rompre le mutisme des aliénés ; ainsi Morel éthérisait souvent ses déments précoces. D'autres essayèrent le haschisch ou la belladone. Ce genre de recherches fut fort en vogue vers les années 1845 à 1850, mais faute de méthode il ne donna rien de durable et tomba en désuétude. Actuellement ces études ont été reprises, et l'on a constaté que la catatonie semble s'y prêter particulièrement bien. On a surtout expérimenté deux groupes de substances : 1° *Les anesthésiques généraux*, à cause de la période d'excitation initiale, ainsi l'éther et le somnifène. En Amérique, l'amytal sodique a été employé avec tant de succès que ses promoteurs veulent en faire une méthode thérapeutique : en multipliant les réveils transitoires du malade, on renforcerait le contact affectif pour arriver plus rapidement à la guérison. Ajoutons à ce groupe un intéressant produit, étudié par Baruk, le scopochloralose (mélange de scopolamine et de chloralose) ; inventé par certains métapsychistes, il aurait la singulière propriété de procurer un état très analogue au sommeil hypnotique. — 2° *Les excitants de la respiration*. En 1916, Lorenz et Loevenhart, étudiant l'action du cyanure de sodium sur la respiration à l'état normal et pathologique, eurent l'idée de l'essayer chez un catatonique à cause de sa passivité et du ralentissement de sa respiration ; à leur grande surprise, le catatonique se réveilla et se mit à parler correctement pendant quelques minutes. Ce résultat inattendu incita Lorenz à étudier l'action des excitants de la respiration sur l'état catatonique. Il utilisa d'abord le carbogène, mélange d'oxygène et de gaz carbonique très répandu en Amérique, qui provoque un réveil de 10 à 20 minutes. Pendant ce temps les Allemands découvraient les propriétés analogues de la cocaïne. Ces recherches pharmacodynamiques, revenues à l'ordre du jour, sont poursuivies activement de tous les côtés.

Jusqu'à présent, cependant, les résultats obtenus sont des plus variables. Le même produit, aux mêmes doses, chez des malades apparemment identiques, donne des résultats opposés, soit le réveil complet, soit une modification des symptômes, soit l'absence

de tout changement apparent, soit même un renforcement de la stupeur, sans qu'on puisse rien prévoir.

D'ailleurs le mécanisme de ces actions pharmaco-dynamiques demeure obscur. Chacun en juge d'après ses tendances personnelles. Berger attribue les résultats qu'il a obtenus par la cocaïne, à l'excitation de l'écorce cérébrale dont l'engourdissement déterminerait l'état catatonique, et il en conclut à l'erreur complète des théories de Bleuler. A l'opposé, Lorenz, à la suite de ses expériences analogues avec l'amytal sodique, analysant les déclarations des malades réveillés, y découvre des « complexes » si importants que, dépassant Bleuler, il fait de la catatonie une affection purement « psychogène ».

Dans toutes ces controverses, on paraît avoir négligé deux causes d'erreur. 1° Rien ne prouve que l'épreuve pharmacodynamique extériorise l'état mental morbide exactement ; il serait plus juste de croire qu'à celui-ci s'ajoute ou se substitue une création nouvelle, sous l'influence d'une action spécifique de la drogue et des conditions psychologiques extérieures. — 2° Quant à la conduite de l'épreuve, on n'a peut-être pas assez tenu compte du rôle de la suggestion. Les préparatifs de l'épreuve exécutés autour du malade, les paroles des assistants, doivent certainement influencer le malade dans un sens ou dans l'autre. Un facteur psychologique méconnu, acceptation ou refus instinctifs, pourrait déterminer le sens du résultat, soit réveil, soit renforcement du négativisme.

### III. — DIVISION DU SUJET.

En jetant un regard d'ensemble sur ce qui précède, on est frappé surtout par la différence énorme qui sépare l'état mental au cours de la maladie et en dehors d'elle. Un maniaque ou un mélancolique guéris savent qu'ils ont été dans un état anormal, et même s'ils en ignorent les détails ils s'y intéressent comme à quelque chose de personnel. Pour la catatonie, comme Kraepelin l'a bien montré, la différence est si complète que le sujet lui-même ne peut la mesurer ; l'état morbide lui est, non pas mal connu, mais indifférent, *inexistant*. De même, le dormeur qui se réveille oublie rapidement son rêve ; s'il veut l'évoquer il le déforme et le prétendu souvenir ne sera qu'une construction artificielle, dont la nature artificielle sera elle-même ignorée. Le même individu

vit tour à tour l'état de veille et l'état de rêve ; tous deux lui sont habituels et personnels ; mais ils diffèrent si profondément qu'ils excluent toute possibilité de compréhension l'un de l'autre.

La signification complète de ce fait a bien été montrée par Jaspers : « Opposons l'activité en tant que personnalité *actuelle* à la personnalité durable (dans le sens des motifs constants, des impulsions instinctives, etc ), et nous pourrions dire que ce n'est pas la personnalité durable (le caractère), mais seulement la personnalité actuelle qui est saisie par le complexe catatonique. (Mais la personnalité durable est bien saisie par la maladie elle-même qui crée le complexe catatonique.) »

De cette remarque profonde dérive la division naturelle de notre sujet en deux parties :

1° L'*aspect structural*, envisageant la « personnalité actuelle », c'est-à-dire le syndrome catatonique à l'état statique.

2° L'*aspect dynamique*, envisageant l'action du processus morbide sur la « personnalité durable », ainsi que sa liaison avec le syndrome catatonique.

---

## ÉTUDE PSYCHOLOGIQUE : STRUCTURE

---

Partant de cette idée que le syndrome catatonique doit être considéré comme une altération globale de tout le psychisme actuel, il faudra s'attendre à y retrouver tous les éléments de ce psychisme normal (affectivité, mémoire, etc.) tous reconnaissables, mais tous affectés d'une autre valeur. De même que les catatoniques « s'expriment par des mots qui rappellent des états intelligibles de notre vie », de même ils sentent et ils agissent par des sentiments et par des actes qui rappellent ceux de notre vie normale, mais reliés entre eux et avec le tout par d'autres liens. (Telles deux molécules isomères où se retrouvent les mêmes éléments atomiques sous deux structures différentes.) Il faudra donc ici successivement : 1° Caractériser, vu du dehors, le psychisme catatonique, c'est-à-dire comparer le comportement du catatonique avec celui de l'homme normal ; 2° Analyser chacun des éléments de ce psychisme ; 3° A l'aide de chacun de ces éléments, tenter de reconstituer, autant que possible, en les assemblant, la figure générale de cet état.

### I. — LE COMPORTEMENT.

En présence d'un catatonique, on a l'impression d'une activité mentale toute différente de la nôtre. On est toujours déconcerté par le caractère inattendu, imprévisible, de toutes ses manifestations psychiques. Qu'il suffise de rappeler ces brusques passages de la stupeur à l'excitation, et dans la stupeur ces brusques interruptions, soit pour se livrer à un acte précis et inattendu, soit pour une crise de fureur, soit pour montrer une apparence normale passagère ; sans compter l'étrangeté même des paroles et des actes. Les mots de *discordance*, de *folie motrice*, etc., ne font que résumer une impression, et n'expliquent rien. Mais s'agit-il d'un monde

chaotique abandonné au hasard, ou bien d'une structure nouvelle obéissant à des lois aussi précises que les nôtres quoique entièrement différentes ?

Il me semble que l'on peut, non seulement répondre par l'affirmative, mais même tenter d'exprimer ces lois particulières, à condition de faire, dans le comportement des catatoniques, la part de trois influences : 1<sup>o</sup> Celle de la maladie avec son rythme et ses oscillations naturelles ; 2<sup>o</sup> Celle des incitations internes, ou, si l'on préfère, du dynamisme psychique ; 3<sup>o</sup> Celle des excitations externes, c'est à-dire du champ psychologique.

Tout d'abord, voici deux simples exemples, choisis entre bien d'autres, montrant comment on peut, dans un cas particulier, faire le départ entre ces trois influences.

OBSERVATION n<sup>o</sup> 3. — *Démence précoce à forme catatonique.*

Le jeune N., âgé de 23 ans, était plongé depuis deux ans dans un état de stupeur catatonique ininterrompue. Peu de temps après sa naissance, sa mère commença à présenter des troubles mentaux et fut internée comme démente précoce. N... était un gentil garçon, élève médiocre mais studieux, de caractère renfermé, peu sociable. Travaillant dans une banque, il venait d'avoir 19 ans lorsque brusquement il se plaint de persécution de ses chefs, accuse des hallucinations auditives. Après quelques alternatives de rémission et de récidives, on le place dans une maison de santé, où il reste tantôt dans la stupeur, tantôt dans des crises d'excitation, cherchant à s'enfuir. C'est ainsi que peu à peu il entra dans la stupeur catatonique complète.

Assis sur une chaise, on le trouve le dos plié en avant, la tête touchant presque les genoux. La peau est blanche, couverte d'une sueur épaisse, le teint cadavérique. Les membres soulevés ne gardent pas les attitudes imposées, mais tombent mollement comme à travers un fluide visqueux. Complètement inerte, il faut le lever, le changer, le nourrir à la cuiller. Il est gâteux. La physionomie est inexpressive, immobile, traversée parfois par de vagues mouvements des lèvres. Il n'obéit qu'à un petit nombre d'ordres très simples. Depuis deux ans, une seule fois on lui a entendu dire un seul mot : « M... ». Les réflexes tendineux sont un peu forts. le R.O.C. très exagéré. Le hasard d'un examen fit un jour découvrir un Babinski en extension des plus nets, qui ne fut plus jamais retrouvé par la suite. D'ailleurs, l'examen neurologique ne peut se prolonger beaucoup, le négativisme augmentant rapidement, et l'entourage nous assure qu'il est entré un jour dans une violente crise de fureur. Par contre, lorsqu'on lui dit : « N., comme tu es gentil, comme tu es mignon », un bref sourire vient illuminer cette physionomie sans vie.

En entrant dans sa chambre, je lui disais tous les jours : « N., redresse-toi », et aussitôt il se redressait pour un court moment. Un jour, je m'aperçois qu'il n'attendait pas d'avoir reçu cet ordre pour se redresser. Bientôt il fut évident qu'il reconnaissait mes pas dans le couloir, car en entrant dans sa chambre je le trouvais déjà redressé. Au contraire, les infirmières et les autres personnes le trouvaient dans son attitude de flexion habituelle. Je commençais à lui dire : « N..., donne-moi la main », mais cette habitude fut plus difficile à établir que

l'autre, et il ne fut pas possible d'établir un contact affectif moins restreint avec lui.

Dans cette observation, le rythme naturel de la maladie ne se limite pas à la succession des divers stades (mélancolie initiale avec idées de persécutions, alternatives d'excitation et de stupeur); il persiste même dans le stade actuel de stupeur continue : la preuve en est dans ce signe de Babinski qui apparut et disparut sans aucune raison compréhensible. L'action du dynamisme psychique se manifeste par ces sourires qui traversent sa physionomie, comme si des idées ou des sentiments agréables lui traversaient l'esprit, et surtout par la possibilité qu'il montre de sortir de son inertie habituelle : le mot de Cambronne et la crise de fureur correspondraient à une élévation du ton affectif à une hauteur suffisante pour déborder le barrage du négativisme. L'influence des excitations extérieures est évidente, puisque N... répond par un sourire aux propos flatteurs qu'on lui adresse ; bien qu'il paraisse complètement détaché du monde extérieur, il y participe si bien qu'il adopte un comportement spécial pour une personne déterminée, dont il reconnaît même les pas dans le couloir.

OBSERVATION N° 4. — *Psychose d'involution présénile à forme catatonique.*

M<sup>me</sup> L..., âgée de 56 ans, est depuis 5 ans complètement inerte, muette, gardant les yeux fermés. Dans son enfance, à ce que nous dit sa marraine, elle était désobéissante, opiniâtre, renfermée, un peu triste. Elle fut atteinte de chlorose, et plus tard à 17 ans d'un petit accès de dépression qui dura un mois. A 23 ans, elle se maria, et quelques mois après commença un accès de mélancolie d'une rare intensité. Refusant obstinément tout aliment, elle dut être nourrie à la sonde journallement pendant plusieurs semaines ou mois. Pourtant elle ne présentait ni idée délirante, ni mutisme, ni tendance au suicide. L'accès dura six mois et guérit parfaitement. M<sup>me</sup> L..., fut une épouse modèle et une femme du monde accomplie. Bien équilibrée, on ne pouvait lui reprocher qu'une légère tendance au scrupule. A 40 ans, une série de malheurs commença à s'abattre sur elle : la mort d'un père vénéré, la guerre, la maladie de son mari cardiopathe dont le caractère devenait de plus en plus violent à mesure qu'elle s'aggravait. A 45 ans, un accès de mélancolie la retint plusieurs mois dans une maison de santé. A peine sortie, son mari mourut. Retirée dans une pension de famille, son caractère s'assombrit, elle ne prononçait que les paroles strictement nécessaires, ne frayait avec personne. On arriva à ne plus pouvoir la garder, et elle entra dans une maison de santé. Elle venait d'avoir la ménopause. Bientôt survinrent les deux symptômes les plus frappants : le mutisme et l'occlusion des paupières.

Depuis lors, M<sup>me</sup> L. reste inerte, assise sur sa chaise, le tronc droit, les bras collés au corps, les mains posées sur les genoux, immobile, la figure atone et sans expression, les mâchoires contractées, les paupières serrées, opposant

une résistance extrême aux tentatives d'ouverture. En été, elle se promène dans la cour, longeant les murs et les clôtures, suivant un trajet réduit, toujours le même. Le mutisme absolu a résisté aux menaces et aux promesses. Pourtant la malade comprend. Elle obéit à certains ordres. A cet égard elle se montre complètement passive. Exécutant les ordres imposés, elle se lève, se tourne, donne la main, quitte sa chambre, se met à tricoter, écrit une lettre sans difficulté pourvu qu'elle soit dictée mot à mot. Cette passivité semble parfois inépuisable. On lui enlève ses lunettes et on lui ordonne de les remettre, elle le fait. A peine remises en place on les enlève à nouveau en lui ordonnant de les remettre, elle obéit, et ainsi 30 fois de suite sans manifester la moindre réaction, le moindre changement de physionomie. Par contre, elle refuse obstinément d'obéir à d'autres ordres, tels que celui d'ouvrir la bouche. Lui fait-on subir un examen un peu prolongé, ou prononce-t-on quelque menace, elle cesse d'exécuter les ordres, comme pour manifester son mécontentement. A la voir manger gloutonnement, on dirait une démente. Elle paraît quelquefois privée de tout sentiment humain. Pendant un séjour dans sa famille, une énorme verrière tombe à côté d'elle et se brise en mille morceaux avec un fracas étourdissant. La malade ne bouge pas plus qu'une statue, aucune altération de son attitude ou de sa physionomie ne trahit la moindre émotion. Par contre, la famille et les infirmières sont unanimes pour affirmer son amour de la musique. Et il est certain que lorsque joue la T. S. F. la malade refuse de quitter la salle commune, comme elle le fait autrement dès qu'elle en reçoit l'ordre.

Chez M<sup>me</sup> L. ., l'évolution de la maladie semble s'être arrêtée à son état actuel, mais il serait fort imprudent d'affirmer qu'elle ne sortira pas un jour de cet état pour se mettre à regarder et à parler : le fait a été publié dans un autre cas exactement semblable. Ce qui est particulièrement net, chez elle, c'est la façon dont elle participe au monde extérieur : ses réactions sont éminemment paradoxales : elle exécute passivement et indéfiniment un ordre absurde, mais elle s'enfonce dans le négativisme à la moindre tentative d'examen. Elle paraît ne rien entendre, mais elle se montre sensible à la musique, tandis que le bruit le plus assourdissant ne la fait pas sourciller. Elle se comporte donc *comme si* elle éprouvait des sentiments agréables, désagréables, ou indifférents, et *comme si* une correspondance mystérieuse existait entre ces sentiments et la nature des excitations externes.

On pourrait continuer longtemps l'analyse de cas analogues ; on retrouverait partout la distinction des trois éléments, diversement représentés dans chaque cas particulier, mais dans tous reconnaissables. Il faut aborder maintenant leurs lois générales.

### 1<sup>o</sup> *Les oscillations naturelles de la maladie.*

On a peut-être un peu trop perdu de vue l'un des caractères essentiels que Kahlbaum attribuait à la catatonie : « La catato-

nie », disait-il, « est une maladie qui passe successivement par des stades de mélancolie, de manie, de stupeur, de confusion et de démence..., etc. ». La définition de Kahlbaum comportait à la fois la présence de troubles moteurs de nature spasmodique, et la forme cyclique de l'évolution. Or il ne s'agit nullement ici d'une vue préconçue, mais d'une réalité clinique : ces divers stades se retrouvent avec une grande fréquence dans l'histoire des malades, à condition qu'on veuille bien les chercher et ne pas faire abusivement du mot *catatonie* le synonyme de *stupeur*. Or il est évident que les caractères essentiels qui fondent l'unité clinique de la catatonie doivent être recherchés dans l'étude comparative de ces divers stades successifs et non dans un seul de ces états. On pourrait compléter l'idée de Jaspers en disant que la « personnalité actuelle » est saisie par la maladie et métamorphosée en plusieurs cristallisations successives ; telles les métamorphoses des insectes qui les font passer par les états de larve, de chrysalide, de nymphe, chacun de ces états présentant des caractères distinctifs aussi *spécifiques* que l'état d'insecte adulte. De la nature cyclique de la maladie résulte nécessairement le fait que dans chacun de ces cycles le processus invisible parcourt une marche croissante, stationnaire, ou décroissante ; et de même que dans une maladie organique à évolution cyclique le traitement s'inspire de cette marche, de même il est à supposer que la psychothérapie, dans un état catatonique, devrait suivre des indications et des formes différentes.

La marche naturelle de la maladie peut donc expliquer jusqu'à un certain point les aggravations et atténuations constatées chez les malades, sans raison apparente. Il faut y ajouter des oscillations plus brèves, plus irrégulières, plus inconstantes. Ces oscillations mystérieuses et souterraines de la maladie, montant et descendant, s'accroissant et décroissant, entraînent dans leur flux des phénomènes purement neurologiques, tels que le signe de Babinski. A plus forte raison peuvent-ils faire varier les manifestations psychiques.

## 2° *Les influences internes : les instincts.*

Lorsqu'on observe le catatonique passer de la stupeur à l'excitation, ou bien sortir brusquement de la stupeur pour se livrer à un acte tantôt absurde tantôt sensé, on se demande quel rapport

peut exister entre ce comportement et la vie psychique du sujet. Tout ce que nous savons de l'état mental de ces malades nous fait croire que le psychisme conscient y entre pour une part très petite ; ces manifestations sont de nature impulsive et jaillissent directement des sources de la vie mentale, c'est-à-dire des instincts. Considérons donc ces manifestations comme les modes particuliers de décharge de la vie instinctive. Il nous apparaîtra immédiatement que dans cette décharge instinctive, le négativisme occupe la place centrale ; il est presque la seule façon dont on puisse apercevoir quelque chose de la personnalité du malade. Augmentant lorsqu'on l'ennuie, diminuant lorsqu'on s'intéresse à lui, il traduirait, par le degré de son intensité, les dispositions affectives du malade, c'est-à-dire le degré et la force des incitations internes. Au degré le plus bas, pendant les rémissions, le négativisme disparaît pour céder la place à la personnalité normale ; au contraire, à la période de démence il disparaît par suite de l'affaiblissement de l'instinct lui-même. Au degré le plus élevé, il finit par être emporté par la violence des incitations instinctives, et alors se manifestent ces actes impulsifs subits, crises de fureur en particulier. Il est de règle chez les catatoniques que lorsqu'on excite un malade négativiste, le négativisme augmente, et que lorsqu'il a atteint sa tension la plus extrême éclate une crise de fureur, ou toute autre variété d'« hyperkinésie ». C'est ce que Mandalari avait exprimé sous cette forme : « L'impulsion est peut-être le revers de la médaille qui porte sur une de ses faces l'empreinte du négativisme : pendant le négativisme s'accumulent les *stimuli* qui ensuite exploseront en une impulsion, consciente ou inconsciente. »

En dehors de son mode d'expression si particulier, la vie instinctive du catatonique se montre profondément altérée dans sa qualité même. Notre ignorance est très grande à ce sujet. Pour ne prendre que le cas le plus banal, celui du catatonique refusant de manger, rien n'est moins certain que les rapports entre cette attitude et les troubles de l'instinct de conservation. En réalité, on ignore jusqu'où irait cette attitude et ce qu'il adviendrait si l'on ne nourrissait pas le malade à la sonde. Dans quelques rares observations, la lumière a été faite sur ce point. Ainsi la malade de Chaume, qui refusait de manger, se levait la nuit pour aller chercher des aliments qu'elle avalait gloutonnement, et même on trouvait parfois le lendemain matin dans son lit des reliefs de

ses festins nocturnes. Quelques cas semblables ont été signalés, mais trop rares pour permettre une généralisation.

Pour les autres instincts, tout ce qu'on peut dire, c'est qu'ils sont souvent perturbés. Les perversions et instincts anormaux des catatoniques sont bien connus, et il en sera question au chapitre de la psychanalyse.

### 3° *Les influences externes : le champ psychologique* (1).

Depuis longtemps les cliniciens ont fait remarquer combien l'attitude et les réactions des catatoniques se modifient en fonction de l'intérêt que leur porte l'entourage. Séglas écrivait : « ... les attitudes persistent tant que le malade se sent observé ; sitôt qu'il s'aperçoit qu'on ne le regarde plus, il reprend brusquement son attitude première. Il suffit cependant de constater ce fait à haute voix devant lui, pour qu'il garde les attitudes provoquées, même après notre départ. Il est d'ailleurs à remarquer en général, que le malade, sitôt qu'il se sent observé, modifie sa manière d'être dans le sens négativistique ».

Dans une fort intéressante observation de Janet, on voit la conservation des attitudes durer 20 minutes devant l'observateur et disparaître instantanément en son absence ; la durée de ce phénomène augmentant avec l'intérêt porté au malade et le nombre des visites.

On présentait un jour à la Société clinique de médecine mentale une catatonique qui depuis des années présentait à un haut degré la conservation des attitudes imposées ; or dès que la malade fut en présence de l'assemblée, le phénomène disparut, malgré tous les efforts, et à peine la malade eût-elle réintégré son service qu'il reparut.

On peut conclure ici, comme règle générale, que la passivité diminue et que le négativisme augmente, chaque fois que le malade se trouve en présence d'une certaine hostilité.

Inversement, l'observation de tous les malades montre que le négativisme diminue dans la mesure où s'établit le *contact affectif* entre l'observateur et le malade.

(1) Introduite par Wertheimer, Köhler, Lewin, la notion de *champ psychologique* (lieu de toutes les relations interpsychologiques ordonnées autour d'un individu ou entre plusieurs individus), constitue un procédé de notation commode de beaucoup de phénomènes psychologiques.

On peut même aller plus loin et faire de cette règle un cas particulier d'une loi générale. Comme le montre le cas de M<sup>me</sup> L..., pour la musique et pour un bruit assourdissant, cette règle s'étendrait à toutes les excitations en général. De même, on verra dans l'observation n° 6 que le malade B... répond à sa femme qui lui parle à voix basse en breton, qu'il entend à peine la voix de l'infirmier qui lui crie à l'oreille en français, et qu'il reste absolument sourd au bruit de coups de revolver tirés à côté de lui par surprise.

Cette règle s'identifie avec celle qui a été énoncée par Pawlov dans ses études sur les troubles mentaux chez les animaux : « Les excitations fortes augmentent le négativisme, les excitations faibles l'atténuent, et cela dans la mesure où elles s'accordent avec la personnalité la plus intime du malade. »

\* .

Dans cette étude du comportement des catatoniques, nous rencontrons partout le négativisme, comme symptôme principal, comme manifestation ordinaire d'expression des instincts, et comme mode de réaction envers l'ambiance. On peut dire que le négativisme exprime la personnalité même. Celle-ci ayant disparu, est remplacée par une sorte de personnalité substitutive, à fonctionnement automatique. Le négativisme est donc l'essence même de la catatonie.

## II. — ANALYSE DES DONNÉES OBJECTIVES.

Un grand pas a été fait dans la connaissance de la catatonie lorsqu'on a commencé à l'étudier avec les méthodes ordinaires de la neurologie. Plusieurs auteurs, rejetant les théories psychologiques habituelles, ont voulu attacher la catatonie à tel ou tel syndrome neurologique. Ces études sont dignes du plus grand intérêt, ne serait-ce qu'en donnant de la thèse opposée une démonstration *ab absurdo*.

### 1° *Le mouvement.*

Il serait fastidieux de passer en revue les innombrables théories qui ont vu le jour quant à la nature et à l'explication des troubles moteurs catatoniques.

Parmi ces troubles moteurs, on s'accorde généralement à distinguer 3 groupes à peu près irréductibles l'un l'autre : le négativisme, la passivité, les stéréotypies. Une opinion assez répandue oppose le négativisme et la passivité, comme deux fonctions antagonistes, normalement synergiques, mais ici dissociées. Il y aurait une dissociation motrice, analogue à la dissociation intellectuelle, affective, etc. Dans tout mouvement se retrouveraient une composante passive et une composante négativiste, ici dissociées.

En réalité, rien n'est plus difficile que de discuter sur les troubles moteurs catatoniques, car très probablement ces troubles peuvent être réalisés, sous des formes extérieurement semblables, par des mécanismes différents. Pour la conservation des attitudes imposées, il est certain que l'on peut observer des cas où ce phénomène est purement psychique, conscient et volontaire ou du moins consenti, et des cas où il s'agit d'un trouble inconscient et sans doute organique. (Le malade Br... de notre observation n° 6 gardait les attitudes imposées, même la nuit pendant son sommeil, et il en était de même de la fameuse cataleptique de Skoda.) Il est probable que l'on peut en dire autant du phénomène moteur négativiste : tous les intermédiaires existeraient entre le symptôme conscient et voulu, et le « réflexe négativiste », étudié récemment (1), qui accompagnerait certaines lésions cérébrales localisées. Avant de discuter la valeur et la signification d'un symptôme moteur isolé, il faut donc le rapporter à l'ensemble du syndrome moteur.

A ce point de vue, semble-t-il, trois choses sont à mettre en évidence :

1° *La prééminence du négativisme.* — Historiquement, la catatonie tire son nom et son étymologie de la nature particulière de son trouble moteur principal : c'est à cette *tension, raideur, ou crampe* musculaire que Kahlbaum attribuait le premier rang dans la symptomatologie. Il ne décrivait la flexibilité cireuse que comme un signe assez banal, d'importance médiocre, auquel il attribuait une origine cérébrale, et qu'il ne mettait nullement en balance avec la tension musculaire. Cliniquement, il n'y a aucune raison

(1) Gullotta, Sui fenomeni di prensione e di negativismo motorio quali sintomi di lesioni cerebrali a focolaio. *Rivista di Patologia nervosa, mentale*, vol. XLI, 1933, II, p. 225-278.

de modifier cette conception. Il existe des catatonies où la passivité, la flexibilité cireuse sont importantes et très étendues, mais une raideur musculaire localisée donne la signification de cet état ; au contraire, alors qu'il existe des catatonies sans aucun signe de passivité, on ne peut en concevoir sans tension musculaire.

2° *La nature du négativisme.* — Kahlbaum définissait le négativisme une « Disposition permanente et instinctive à se raidir contre toute sollicitation, quelle qu'elle soit, venue du dehors ». Tanzi la définit : « Une opposition systématique et paradoxale, qui ne parle et ne raisonne pas, mais résiste énergiquement à toute nouveauté, même contre ses propres intérêts, repoussant, la bouche fermée et les mâchoires serrées spasmodiquement, la nourriture qu'on vient lui offrir, et tendant avidement les mains à celle qu'on lui retire. »

On a essayé de l'expliquer par un trouble isolé de la fonction motrice ; association automatique des mouvements antagonistes, dyspraxie par substitution, dissociation des éléments qui constituent l'acte moteur normal, etc. A l'opposé, certains ont voulu en faire la réaction adéquate d'un sentiment clair et conscient : Chaslin écrit que : « Le négativisme... est un sentiment de protection, de défense contre l'intrusion étrangère dans la personnalité du malade ou de l'anormal, intrusion qui lui est désagréable pour différentes raisons... Le fond du négativisme, même quand il se manifeste dans l'état de stupeur par des mouvements *négati/s* (au sens algébrique du mot), est toujours de ne pas aimer à être ennuyé (1) ».

Avec Bleuler, la théorie du négativisme devient infiniment plus complexe et plus nuancée. A la base du négativisme, comme condition préalable, est la dissociation des tendances, des sentiments, des idées et de l'ensemble de la personnalité, c'est-à-dire le trouble essentiel de la schizophrénie. Le négativisme ordinaire est généralement le résultat du retrait autistique du malade, qui se plonge dans ses rêveries, chaque excitation externe devenant une interruption intolérable. A ce facteur principal s'ajoutent l'incompréhension de l'entourage, l'hostilité, du malade envers les siens, et les blessures secrètes qu'il veut protéger, son apragmatisme, son irritabilité pathologique, etc. Mais Bleuler admet l'existence d'un

(1) Chaslin, *Eléments de Sémiologie et Clinique mentales*, p. 54-56.

*négativisme direct* : seules les réactions incorrectes et les impulsions inappropriées auraient le pouvoir de se transformer en action.

On voit combien la question est compliquée, même si l'on admet une seule des explications, la physiologique ou la psychologique. En réalité, ce qui est démontré de la façon la plus évidente par les travaux de Claude et Baruk en particulier, c'est que le négativisme et les troubles moteurs des catatoniques : 1<sup>o</sup> ne sont pas des troubles neurologiques, extra-pyramidaux ou autres : 2<sup>o</sup> sont indépendants d'une cause psychique et consciente directe. On peut ajouter qu'ils ne sont pas d'ordre apraxique.

3<sup>o</sup> *Signification du négativisme*. — Cependant, s'ils ne résultent pas d'une cause psychique consciente, ces troubles ont une *signification* psychologique indéniable, ainsi que cela résulte clairement de l'examen attentif du comportement des malades. Cette signification est celle d'un *refus inslinclif*. D'après Mandalari, le négativisme est « la conséquence nécessaire de l'irrésolution d'un homme désorienté qui ne sait quel parti prendre ».

Allant plus loin, Sancte de Santis fait du négativisme l'expression la plus visible d'un instinct fondamental : la *négalion pathologique primitive*. C'est « la manifestation la plus complète de la défense personnelle passive » ; « la négation complètement automatique, sans délire, sans hallucination, sans douleur, c'est la négation élémentaire universelle. Dans le dément négativiste nous voyons mieux que dans tous les autres cas de négation pathologique la reproduction de l'instinct négateur de l'espèce (1). » L'étude du comportement des malades permet de corriger ce que cette conception a d'excessif ; tout instinctif et tout primitif qu'il soit, le négativisme catatonique est lui-même soumis à certaines règles.

En résumé, l'examen des troubles moteurs de la catatonie amène à leur assigner des caractères bien spéciaux : ces troubles sont multiples et variés, mais un seul est essentiel, le négativisme moteur. Celui-ci n'appartient, ni aux troubles moteurs neurologiques, ni aux réactions motrices adéquates à des états de conscience, ni à l'apraxie ; mais il devient compréhensible si on le considère comme une manifestation d'une attitude vitale générale ou d'un instinct primitif.

(1) Sancte de Sanctis : *Psicopatologia delle idee di negazione. Il Manicomio moderno*, XVI, 1900, n<sup>o</sup> 3.

## 2<sup>o</sup> La sensibilité.

Les troubles de la sensibilité chez les catatoniques n'ont guère été étudiés, et cependant ils sont aussi fréquents et aussi nets que les troubles moteurs. Pourtant ils furent étudiés par les anciens auteurs, à commencer par Kahlbaum. L'anesthésie catatonique a des caractères bien particuliers. Elle est rarement complète : ce serait plutôt une hypoesthésie. Elle varie suivant les cas et suivant les périodes de la maladie. Les manifestations extérieures de cette sensibilité paraissent avoir peu de valeur. Chez des catatoniques peu atteints ou sur le point de guérir, on a vu des excitations douloureuses ne provoquer qu'une réaction apparente minime, alors que plus tard ils déclarent avoir ressenti une souffrance atroce, qu'ils ne pouvaient même pas manifester. (Il n'est pas superflu d'ouvrir ici une parenthèse pour protester contre la fâcheuse pratique connue sous le nom de *torpillage* ; outre qu'elle a souvent un effet désastreux chez les hystériques qu'elle aggrave, elle a exposé d'infortunés catatoniques, pris pour des hystériques, à subir une affreuse torture. On est étonné de voir des hommes au cœur excellent, incapable de faire mal à une mouche, mais qui, en présence d'un hystérique, pris d'une sorte de fureur sacrée, se transforment en tortionnaires.)

Dans la catatonie avancée, par contre, il existe souvent une anesthésie absolue. On a vu des catatoniques se brûler grièvement sans accuser la moindre douleur. De même, dans les cas d'auto-mutilation.

Aux troubles de la sensibilité objective, il faut ajouter des douleurs subjectives, accusées par les malades pendant leurs rémissions. Presque sans exception, ils décrivent alors des douleurs qui sont de deux ordres : épigastrique et céphalique. Parfois ils soulignent l'intensité de ces douleurs, auxquelles ils attribuent souvent leur état. Assez souvent il s'y ajoute des douleurs musculaires à forme de crampe, mais, semble-t-il, moins fréquemment que ne le décrivait Schüle.

Il est aussi important de déterminer la nature et la signification des troubles sensitifs des catatoniques que celles de leurs troubles moteurs. Il ne s'agit évidemment ni d'anesthésie par lésion cérébrale organique ni d'un effort de simulation.

Dans un intéressant mémoire, Schilder a essayé de préciser cette signification psychologique. Des expériences ont été pratiquées chez 16 catatoniques, à l'aide du courant électrique, les

deux électrodes étant fixées aux doigts et à la face dorsale de la main. Elles étaient accompagnées d'une mise en scène qui ne manquait pas d'un certain sadisme. Chez les petits catatoniques, les réactions n'étaient pas très différentes de la normale. Chez les catatoniques plus avancés, le courant électrique provoquait des réactions souvent retardées, d'extension très limitée réduites parfois à une simple contraction tonique, une incurvation de la main et des doigts, parfois quelques réactions émotionnelles, larmes ou soupirs. Les malades n'essayaient pas de reculer ni de s'enfuir. Certains mêmes retournaient spontanément vers le stimulus désagréable, l'un deux y retourna 16 fois de suite. Schilder relève l'analogie de ces réactions avec celles d'une forme particulière d'agnosie décrite par lui sous le nom d'agnosie à la douleur (*Schmerzsymbolie*), dans des cas de lésions cérébrales organiques. Il conclut que chez les catatoniques la défense n'est plus « intégrée » à l'individu. La douleur n'est plus appréciée dans le sens d'une situation vitale, mais comme un désagrément local ou n'intéressant que la sphère corporelle.

### 3° Le langage.

Il serait intéressant d'étudier le langage avec les procédés habituels employés en neurologie. Kleist comparait ces troubles à ceux de l'aphasie, mais il devait en faire une catégorie d'aphasie spéciale, l'aphasie psycho-motrice, avec ses localisations et ses signes particuliers. Il est très difficile d'étudier ces troubles, tant il y entre d'éléments divers.

Il faudrait éliminer d'abord l'élément interpsychologique. On sait comment le langage varie, dans son développement et sa qualité, suivant les diverses relations affectives du malade avec son entourage, comment dans les asiles certains catatoniques sont muets sauf pour leur famille à laquelle ils parlent à voix basse les jours de visite, et enfin comment le langage apparaît et s'améliore en fonction de l'établissement du contact affectif. On a souvent l'impression que les catatoniques sont anarthriques sans agraphie : ils écrivent à leur famille, communiquent par écrit avec leur entourage, tout en gardant leur mutisme ; en réalité, il s'agissait plutôt d'un phénomène interpsychologique : Parler implique un contrat direct avec l'ambiance ; écrire suppose un intermédiaire inerte sur lequel le malade a plus de prise.

On retrouve encore dans le langage des catatoniques les troubles généraux de leur activité. Kahlbaum notait l'analogie entre ver-

bigération et excitation motrice catatonique, entre mutisme et stupeur négativiste ; enfin l'écholalie se rapporte à la passivité, et les répétitions de mots aux stéréotypies motrices.

Lorsqu'on fait abstraction de ces deux éléments, il reste que le langage des catatoniques demeure très particulier dans sa forme et dans son fond, difficile à comprendre, exprime la pensée catatonique troublée. Pour la forme, elle se laisse souvent comparer à certains troubles analogues de l'aphasie, mais ce n'est qu'une comparaison lointaine. Il est probable qu'on retrouverait ici les marques du trouble fondamental de la catatonie, le négativisme.

De cette analyse des signes objectifs du syndrome catatonique, se dégage l'impression que ce sont des manifestations analogues produites par un même mécanisme fondamental.

Comparons les troubles moteurs et les troubles sensitifs. Dans le domaine moteur apparaissent une instabilité, une allure paradoxale, l'absence d'une lésion organique directe ou d'une motivation psychique consciente, une relation avec un trouble instinctif primordial. De même, les troubles sensitifs se montrent variables, paradoxaux, ce ne sont ni des anesthésies organiques ni des anesthésies du type psychique habituel. Si donc la catatonie est classée comme syndrome moteur, c'est par suite d'une pétition de principes ; elle pourrait être au même titre et au même degré un syndrome sensitif. On ne peut, d'autre part, faire dériver ces deux syndromes, moteur et sensitif, l'un de l'autre. Il faut conclure qu'ils dérivent d'une source commune, et se réalisent par un mécanisme commun.

Tout ce que l'on peut dire de ce mécanisme catatonique, est qu'il est comparable par certains points au mécanisme hystérique, et que sa nature intime est tout aussi mystérieuse. A ce propos Jaspers écrit : *Toutes les fonctions psychiques sont troublées de la même manière, que nous ne savons pas encore caractériser avec précision, que nous pressentons plus que nous ne la connaissons, et que nous appelons à cause de cela mécanisme hystérique... Les troubles hystériques ne peuvent servir à faire connaître que ce mécanisme hystérique, et non pas les fonctions qu'il atteint... Tous les phénomènes psychiques présentent un aspect entièrement nouveau lorsque le mécanisme hystérique s'en empare.* Ces considérations sont exactement applicables au mécanisme catatonique, et serviront de conclusion légitime à ce chapitre.

### III. — ANALYSE DES DONNÉES SUBJECTIVES (PHÉNOMÉNOLOGIE).

L'élément le plus général de l'état mental subjectif des catatoniques est une sorte d'engourdissement, qui en forme la toile de fond. Tout se passe comme dans un rêve. On peut se faire une certaine idée de cet état, d'après les déclarations de malades guéris ou en rémission. Un malade de Finzi et Vedrani, catatonique depuis plusieurs années, déclarait lors d'une rémission qu'il était dans un état d'*endormissement* ou d'*enchantement*, qu'il éprouvait un grand mal de tête, qu'il voyait les gens passer comme des ombres et ne distinguait pas les personnes, qu'il entendait parler comme de loin, etc. Une malade de Masselon décrivait ainsi, après sa guérison, son état pendant la période catatonique : « Elle entendait des voix, et surtout son nom résonnait souvent à son oreille, ou bien des souvenirs de sa vie passée revenaient emplir sa conscience sous forme hallucinatoire.. C'était un envahissement brusque de sa conscience, vide le plus souvent, par une image acquise au cours de sa vie passée. Elle nous révèle en effet .. que pendant qu'elle était malade elle ne pensait absolument à rien ; tout était sombre devant ses yeux ; c'était un véritable tonus émotionnel triste, sur lequel se détachent des impulsions brusques qui la forcent à rire ou à pleurer sans qu'elle sache pourquoi, des idées obsédantes ou plutôt des sortes de somnambulisme, car elle se rappelle s'être dirigée du côté de la Seine avec l'intention de s'y jeter. »

Mais les mots d'engourdissement et d'état de rêve ne sont que des comparaisons, et il faut préciser davantage.

#### 1° *L'humeur.*

Comme l'ont bien montré les auteurs, le ton affectif, chez les catatoniques, n'a aucun caractère spécial. Il est dans l'ensemble *neutre*. Cependant il y a des période d'exaltation et des périodes de dépression. Il est probable que les accès d'excitation catatonique correspondent à l'exaltation, mais qu'il y a aussi des phases de stupeur avec humeur expansive (c'est alors que l'on trouve des idées de grandeur, un délire mystique). Les périodes de dépression surviendraient seulement dans l'état de stupeur et s'accompagneraient d'idées de persécution ou d'auto-accusation.

## 2° *La conscience du monde extérieur.*

Tous les intermédiaires se rencontrent entre une stupeur complète et une lucidité surprenante, et l'on a mis en évidence tour à tour ces deux extrêmes. La lucidité est en effet quelquefois déconcertante. Un catatonique plongé dans la stupeur peut en sortir brusquement et montrer alors une connaissance exacte de tous les événements de la salle, des noms des infirmiers, etc. L'un des exemples les plus remarquables à ce point de vue est celui d'une malade de Lorenz : l'injection d'amytal sodique fit cesser la stupeur et la malade réveillée, non seulement réclama un bon repas et un bain, mais elle demanda des nouvelles d'un match de football qui était en train de se jouer entre l'équipe de la ville et une équipe voisine.

Cependant il s'en faut de beaucoup qu'une telle lucidité soit la règle. Après le réveil d'un catatonique, on constate, à côté des manifestations de cette lucidité, l'oubli de faits ou d'événements souvent importants et parfois des lacunes portant sur des périodes entières dans leur totalité.

Il est difficile de dire s'il s'agit là d'une lacune véritable de la conscience ou de troubles ultérieurs de la mémoire.

Les périodes de lucidité paraissent caractérisées par l'existence d'une attention purement passive. Le malade garde une conscience vague de sa situation par rapport à l'ambiance et des modifications qui affectent celle-ci.

Entre la lucidité presque complète d'un malade en voie de guérison et la torpeur du grand catatonique, tous les intermédiaires existent, mais de plus il existe souvent un certain *onirisme*. Les anciennes descriptions appuyaient sur cet élément et précipitaient la nature et la forme des nombreuses hallucinations qui assaillaient l'esprit du malade. Il est remarquable qu'il s'agisse d'hallucinations presque toujours auditives, très rarement visuelles. On peut se demander s'il s'agit vraiment d'hallucinations, ou si, dans l'état de torpeur du malade, une image ou un souvenir verbal n'acquiert pas un relief tel, qu'il se présente avec l'intensité d'une hallucination.

Qu'il s'agisse d'hallucinations ou d'images verbales fortement intensifiées par le fait de leur isolement, elles composent, avec les idées fixes et les sentiments, une production onirique qui

remplit plus ou moins l'espace lucide du catatonique. Cet état mental particulier, cette torpeur où le malade, plongé dans son onirisme, garde une vague conscience de l'ambiance, a été étudiée récemment par les Américains. Ross D. Helmer note la fréquence d'idées relatives à des perversions sexuelles : cohabitations illicites, bestialité, mélanges de race, inceste, masturbation ; très fréquentes également sont les idées religieuses : certains malades se croient à l'église, au Ciel, au Purgatoire, au moment de la fin du monde. Un malade se croyait entouré d'une atmosphère de gaz asphyxiants et les autres malades lui semblaient être les cadavres des victimes de ce gaz Wolff a fait sur le même sujet une étude importante basée sur l'observation de 100 malades. Chez 48 %, il trouve des manifestations de frayeur : peur d'être tué, peur de quelque chose d'indéfini, peur de la castration, peur du père, des microbes, du feu, du poison, de l'Enfer, des Nègres, etc. Des hallucinations auditives existaient chez 42 %. Les idées délirantes les plus fréquentes étaient celles de grandeur (15 %), d'auto-accusation, d'identification avec Dieu ou avec le Christ, etc. Il cite le cas d'un pasteur âgé de 35 ans, qui, après plusisurs mois de stupeur catatonique, raconta que pendant cette période il se croyait être à 4 pieds au-dessous de l'eau. Il lui semblait qu'il était une femme, et que sa mère lui parlait des difficultés obstétricales résultant de sa position dans son corps. Il se croyait ressuscité à l'intérieur de lui-même. Les autres malades de l'hôpital avaient pu être guéris en les faisant mettre debout et en faisant mouvoir leurs intestins afin de les « purger » de leur péchés. L'idée de Résurrection était donc liée à celle de purification du péché : Dieu lui avait purifié son abdomen.

L'analyse de cet onirisme catatonique permet de mettre en évidence deux caractères :

1° Les idées qui interviennent, soit comme hallucinations, soit comme obsessions, soit comme impulsions, etc., appartiennent de préférence à deux groupes distincts : les idées mystiques et les idées perverses. L'importance des *idées mystiques* avait été montrée par Schüle qui faisait essentiellement de la catatonie un délire religieux. La fréquence et l'intensité des *idées perverses*, mises en évidence par les psychanalistes, est également indéniable. Dans l'observation n° 6 on trouvera l'histoire d'un catatonique qui, révélant spontanément son état mental, énuméra une longue suite de perversions sexuelles dont il fut impossible de savoir quelle était

la part de vrai et de faux (or ce malade n'avait jamais été suggestionné à un tel point de vue, ni examiné par un psychanaliste) ; plus tard, étant dans une phase expansive, le même malade révéla un très beau délire mystique (alors qu'il avait toujours été un homme indifférent en matière de religion).

2<sup>o</sup> Dans sa constitution, l'onirisme catatonique met en œuvre ces processus que Freud et ses élèves ont décrit dans le rêve sous le nom de *déplacement*, de *condensation*, etc.

Voici un exemple, emprunté à Trepsat, destiné à montrer quel peut être l'aspect clinique de l'onirisme catatonique.

(Il s'agit d'une femme de 27 ans, catatonique dans la demi-stupéur avec négativisme, stéréotypies, impulsions, troubles vasomoteurs )

INTERROGATOIRE DE LA MALADE — Tout d'abord à chaque question la malade répond par les mots : « Partir mon père. » Mais peu à peu elle s'excite et c'est d'un seul jet qu'elle débite les tirades suivantes entrecoupées d'imprécations : « Lâches, assassins », à notre adresse.

D'ailleurs quand une phrase est écrite, elle exige que nous la relisions tout haut pour savoir si sa pensée a été bien traduite.

« La soupe est une torture morale, c'est injuste une maison comme ça, c'est lâche, c'est relation commerciale et non la France libre. »

« La nourriture, la viande, les soupes bouillantes me donnent la torture morale des yeux des mots sur l'alphabet et même les lettres. »

QUESTION. — En quoi consistent ces jeux de mots ?

RÉPONSE. — Ainsi quand je dis tout haut ou bas le mot mourir, j'ai l'idée qu'on lit ma pensée et la torture morale de croire que les autres pensent que j'ai accepté de manger du riz. Et cela est bien relation commerciale et non la France libre.

QUESTION. — Alors il faut supprimer le commerce ?

RÉPONSE. — Oui, il ne faut pas admettre la multiplication des légumes et des animaux, c'est lâche. Le cidre donne la catalepsie et l'épilepsie. J'ai la torture morale d'être malhonnête en buvant le cidre au gobelet. Cela me rappelle la souffrance morale d'avoir voulu me noyer. Le glou-glou du cidre torture de penser qu'une autre personne souffre de la souffrance de se noyer.

QUESTION. — Quel rapport y a-t-il entre ce glou-glou et le fait de se noyer ?

RÉPONSE. — Vous savez bien que quand on se noie, on entend le même glou-glou. Et quand on boit au gobelet, c'est une autre personne qui souffre la torture de se noyer. Il faut boire à la cuillère et non au gobelet.

QUESTION. — Pourquoi refusez-vous de manger la soupe ?

RÉPONSE. — C'est parce qu'il y a des légumes et que sur les légumes il y a des vers. Quand on mange la soupe on a l'hallucination du ver, on a peur de suite qu'un ver ou un serpent vous monte sur les bras.

Toute la nourriture qu'on mange fait mal, vous donne des maladies morales, des maladies de vessie, vous force à aller aux cabinets.

QUESTION. — Pourquoi restez-vous de longues heures aux cabinets ?

RÉPONSE. — C'est pour empêcher que les autres aient la torture morale de se laisser empoisonner par les soupes bouillantes, par les légumes. C'est pour que les autres n'aillent pas aux cabinets.

QUESTION. — Pourquoi restez-vous la tête baissée dans la cour ?

RÉPONSE. — L'idée que je suis dans la cour m'empêche de lever la tête, car si je levais la tête, je verrais les autres malades et ces malades sont enfermés à cause de moi.

QUESTION. — On vous accuse donc de faire enfermer les autres ?

RÉPONSE. — Mais je n'entends pas de voix, je n'en ai jamais entendu, j'entends votre voix, la mienne et c'est tout.

(Soudain la malade se met à sourire et rougit très fort.)

QUESTION. — Pourquoi souriez-vous ?

RÉPONSE. — C'est la soupe qui donne des rires forcés et c'est une grande souffrance pour quelqu'un que de rire sans savoir pourquoi. J'ai toujours peur de rire parce que le rire peut donner un bruit qui est la souffrance de tout le monde.

QUESTION. — Pourquoi cassez-vous si souvent des carreaux ?

RÉPONSE. — Parce qu'alors je pense que mon sang ne circule pas. Le sang se trouve accumulé dans la main comme un abcès et il faut bien percer cet abcès.

QUESTION. — Pourquoi quelquefois ne tenez-vous pas en place au réfectoire ?

RÉPONSE. — C'est parce que je sens l'électricité monter au parquet, et alors je ne peux rester immobile, je me sens atteinte d'une grande vivacité.

QUESTION. — Pourquoi désirez-vous toujours avoir sur vous des médailles ?

RÉPONSE. — Mes médailles m'empêchaient d'être malade et c'est parce que j'en ai jeté trois autrefois que j'ai été punie par une maladie. Il faudrait que j'en aie beaucoup, beaucoup et que je me confesse pour être guérie.

(Elle se barbouille tous les jours la figure et les mains avec ses ordures, elle avale ses matières fécales aussi souvent qu'elle le peut, ce qui lui donne la diarrhée. Voici comment elle explique ces impulsions) : Elle a avalé autrefois des médailles et des chapelets pour qu'on ne puisse les lui enlever, mais il faut qu'elle les retrouve dans ses matières et de peur qu'on les reprenne de nouveau si elles s'y trouvent ou qu'elles n'échappent à ses recherches, elle est forcée de manger ses matières fécales.

En lisant ces observations et d'autres analogues, on se convainc non seulement que ces productions oniriques n'expliquent pas les gestes et les attitudes bizarres des malades, mais qu'elles comportent des *processus identiques à ceux du rêve*. De même que dans le rêve une sensation sera l'origine de tout un développement onirique, de même ici une impulsion incontrôlable comme celle de manger des matières fécales sera le prétexte d'explications aussi absurdes que variées. Comme dans ces cauchemars où le rêveur, malgré l'absurdité de leur rapprochement, associe invinciblement deux idées absolument étrangères l'une à l'autre, de même le

catatonique associe le glou-glou fait en buvant avec celui d'un homme qui se noie; ou bien le bruit du rire avec la souffrance du monde. De plus, comme dans le rêve, l'onirisme catatonique peut prendre une tonalité dépendant de l'état expansif ou dépressif du moment. Un catatonique en période dépressive dira qu'il est obligé de rester courbé, car s'il se redressait l'axe du monde serait renversé; en période expansive au contraire il se glorifiera de tel geste absurde grâce auquel, dira-t-il, la terre continue à tourner autour du soleil.

Là cependant s'arrête l'analogie entre l'onirisme catatonique et celui du rêve. Plusieurs différences importantes les en séparent.

1° Ce qu'on a appelé la « matière sensible » diffère notablement. Dans le rêve, ce sont les excitations lumineuses, les bruits, la sensation de froid, etc., qui serviront de point de départ à des rêves; dans la catatonie, ce seront surtout les sensations kinesthésiques, l'immobilité, les attitudes ou les geste stéréotypés, qui entreront dans des productions oniriques (souvent le malade racontera qu'il devait rester immobile, car en bougeant il aurait causé la mort de certaines personnes, ou bien qu'en faisant tel ou tel geste il empêchait un grand danger). Des sensations cénesthésiques y entrent probablement aussi, ce qui expliquerait la fréquence des idées de transformation corporelle, de mort et résurrection, ou bien l'idée d'être plongé dans un liquide ou dans un gaz. — 2° Les jaillissements de la vie instinctive, qui se manifestent sous une forme plus ou moins déguisée, sont, dans l'onirisme catatonique, revêtus de la qualité propre aux diverses manifestations de la vie instinctive catatonique. Dans les productions oniriques catatoniques, les idées mystiques et les idées perverses paraissent avoir une réelle fréquence, peut-être même une certaine spécificité. — 3° Le rapport entre l'onirisme et la lucidité n'est pas celui de l'état normal. Dans le rêve normal, l'onirisme survient à mesure que la lucidité fait place à la confusion; il en est généralement de même pour l'onirisme de la confusion mentale. Au contraire, dans la stupeur catatonique il semble exister un certain mélange paradoxal de lucidité et d'état de rêve. Le catatonique se voit dans une salle d'asile, entouré de malades et d'infirmiers, et en même temps il se voit au ciel entouré des anges.

### 3° *La conscience de soi-même.*

L'un des traits les plus singuliers de l'état mental des catatoniques est l'inconscience que le malade éprouve pour sa propre maladie. Rien n'est plus frappant que de voir un catatonique, guéri de sa stupeur, déclarer qu'il a toujours été libre de tous ses actes, que c'est de sa propre volonté qu'il est resté immobile, et qu'il a effectué en pleine conscience et lucidement les actes les plus absurdes. On a beaucoup discuté sur ce singulier phénomène, que l'on a assimilé à l'*anosognosie* décrite par Babinski.

On sait que Babinski a décrit, sous ce nom, l'état de certains hémiplégiques, qui, en dehors de tout affaiblissement général ou mental, sans délire ni trouble mental défini, ignorent qu'ils sont atteints d'une paralysie. De même, Dejerine avait signalé des aphasiques s'exprimant dans un langage incompréhensible dont ils ne se rendent pas compte, bien qu'ils comprennent tout ce que les autres disent. De même on a décrit, dans la cécité corticale, ces aveugles qui ignorent leur cécité, et qui, tout en ne voyant pas, ne se rendent pas compte qu'ils sont aveugles, etc. Ce n'est pas le lieu de discuter ici sur ce phénomène aussi étrange qu'exceptionnel. Il suffit de dire que l'on a voulu y faire entrer l'inconscience, éprouvée par les catatoniques, de leur état morbide, et que l'on en a proposé diverses explications.

1° Les psychologues qui, à la suite de Ribot, conçoivent la volonté comme « l'ensemble des volitions », et la volition comme un épiphénomène surajouté à l'acte, n'ont pas de peine à dire que c'est la « volonté » elle-même qui est en cause : Ribot, devant l'hypnotisé affirmant avoir accompli volontairement et librement les suggestions imposées pendant l'hypnose, déclarait qu'il n'y avait là rien de plus ni rien de moins que dans l'acte ordinaire et prétendu volontaire. Avec cette théorie qui met la caricature au même rang que le modèle, toute distinction disparaît entre le normal et le pathologique, et la profession de psychiatre perd sa raison d'être. — 2° Dans sa très intéressante théorie neurologique de la catatonie, Guiraud attribue ce phénomène à l'atteinte de centres hypothétiques de la sensibilité cénesthésique. (Cette sensibilité serait la base de la conscience de l'existence des diverses parties du corps, donc de leurs attitudes.) — On pourrait expliquer plus simplement le phénomène en question, en niant son assimilation avec l'*« anosognosie »*. Celle-ci suppose l'intégrité

mentale, or celle-ci n'est pas le fait des catatoniques, le syndrome psychologique de la catatonie consistant essentiellement dans la dissolution de la personnalité, à laquelle, croyons-nous, se substitue un système de fonctionnement automatique. Comme l'a écrit Jaspers : « On a quelquefois l'impression que le caractère disparaît *simplement*, mais aucun caractère altéré *ne le remplace* ; c'est seulement cette vie mécanique, momentanée, constituant le complexe catatonique, qui s'y substitue. De cette manière, nous pouvons comprendre l'absence chez le malade de la conscience de son état (la personnalité qui pourrait en avoir conscience a disparu) ».

Cette explication rendrait compte également, mieux que les précédentes, des variétés constatées : certains catatoniques disent avoir agi volontairement, mais d'autres disent ne rien savoir, ou bien donnent une explication délirante. Plus rarement, on entend le malade raconter avoir fait des efforts désespérés et infructueux pour se mouvoir ; ce serait, semble-t-il, surtout le cas dans le demi-réveil, lorsque la période de stupeur va prendre fin.

#### 4° *Les données fondamentales. Temps et espace.*

Lorsqu'on analyse minutieusement l'état psychologique d'un malade mental, on arrive toujours, d'après certains phénoménologues, à découvrir des troubles particuliers du temps et de l'espace vécus. Dans une étude déjà incertaine, il serait imprudent de se hasarder aussi loin, mais néanmoins on peut risquer quelques remarques générales.

Les catatoniques paraissent posséder une notion très précise du temps écoulé. Au sortir de la stupeur, un catatonique saura évaluer exactement la durée de cette période de stupeur, ce qui contraste avec le peu d'intérêt qu'il présente pour cette période de son existence. Le temps se déroule pour eux avec la même vitesse que pour l'homme normal. Il faut noter le goût de beaucoup de catatoniques pour toutes sortes de rythmes. Certains paraissent éprouver un mentisme à forme musicale ou rythmique, tous paraissent apprécier particulièrement la musique. Par contre, ce qui est troublé est plutôt la mémoire, le rappel du passé, il semble que les souvenirs ne sont plus évocables que dans la mesure où ils s'accordent avec les « complexes » qui occupent

l'esprit du malade. Ainsi, dans l'observation n° 5, M<sup>lle</sup> S... nie avoir un frère (qu'elle a tant haï), et elle paraît de bonne foi : c'est un souvenir qui lui est sorti de la mémoire ; par contre, elle ne tarit pas de détails sur la petite robe qu'elle avait à l'âge de 4 ans. Un autre jour, la mémoire est revenue ; M<sup>lle</sup> S... parle de son frère et ne paraît pas avoir jamais pu nier son existence. Ce sont des troubles analogues aux troubles hystériques de la mémoire. Le catatonique ne vit que dans le moment présent ; le passé n'existe que comme le reflet des « complexes » actuellement présents dans son esprit ; quant à l'avenir, il ne s'en préoccupe pas plus que du passé.

La notion d'espace serait peut-être plus troublée que celle de temps. Fischer a cherché à démontrer que les schizophrènes ont un trouble important de la notion de la place des objets dans l'espace. Pfersdorff a constaté l'existence d'une certaine *apraxie* : le catatonique ne peut, les yeux fermer, imiter avec un membre la position passivement imprimée à l'autre ? Ce serait peut-être la preuve d'un trouble du sens de l'espace. Ce qu'il y a de certain, c'est que le catatonique, pour le temps et pour l'espace, vit toujours dans l'immédiat, l'actuel. Alors que pour l'homme normal l'espace immédiat est un fragment d'une existence continue dans laquelle il possède un accès virtuel, alors que pour lui le temps est une chose qui se déroule continûment où il peut se repérer à volonté ; pour le catatonique, rien n'existe que le moment présent et que le petit fragment d'espace où il vit.

#### IV. — ESSAI DE SYNTHÈSE.

Nous arrivons maintenant à la partie la plus difficile et la plus incertaine du sujet. Les divers éléments de l'état mental des catatoniques ont été passés en revue l'un après l'autre ; mais seraient-ils tous parfaitement connus que ce serait encore insuffisant pour connaître la *structure* de l'état mental dans son unité. En effet, la structure est une entité irréductible exprimée par la différence entre la somme et le tout. On ne peut essayer de la saisir que par une vue intuitive.

On a comparé très souvent l'état mental des catatoniques avec celui du sommeil, de la confusion mentale, ou de l'hypnose. Il a en effet des éléments communs avec ces divers états, mais

ce n'est qu'une comparaison qu'il faut dépasser si l'on veut aller au fond des choses.

Le *sommeil* est un état psychologique qui pourrait être appelé concentrique. On connaît l'admirable analyse donnée par Marcel Proust de l'état de conscience du dormeur qui s'éveille : « Un homme qui dort, tient en cercle autour de lui le fil des heures, l'ordre des années et des mondes. Il les consulte d'instinct en s'éveillant et y lit en une seconde le point de la terre qu'il occupe, le temps qui s'est écoulé jusqu'à son réveil ; mais leurs rangs peuvent se mêler, se rompre... » Pour résumer cette description, on peut dire que le dormeur vit dans un champ psychologique extrêmement vague, indifférencié, obscur. Tout ce qu'il connaît et doit retrouver en s'éveillant se trouve disposé autour de lui comme une série de cercles concentriques, dont les plus rapprochés se rapportent à ce qui est le plus essentiel et le plus intime. En s'endormant ou en se réveillant, il franchit ces cercles, dont la rupture et l'entremêlement constituent le rêve ; au réveil complet il les assemble et les réunit dans la synthèse de la personnalité consciente.

La *confusion mentale* se rapproche beaucoup du sommeil, mais il y a disproportion entre l'effort de la personne qui s'éveille et le résultat qu'elle atteint. Plus le dormeur s'éveille, plus il reprend conscience du monde dans une vue synthétique. Au contraire, le confus fait des efforts désespérés sans arriver à se retrouver, ni dans le temps, ni dans l'espace, ni dans sa propre mémoire, et sans pouvoir surmonter l'onirisme.

Toute différente est l'*hypnose*, que l'on pourrait comparer à une figure elliptique avec deux pôles : l'un passif, celui de l'hypnotisé, l'autre actif, celui de l'hypnotiseur. Entre les deux pôles, des lignes de force s'ordonnent selon une symétrie parfaite : à toute volition de l'hypnotiseur répond une pensée ou un acte de l'hypnotisé, comme si c'était sa propre personnalité qu'il avait abandonnée aux soins de son *directeur* (suivant l'expression de Janet). De plus, alors que dans le rêve tout est dans la pénombre, ici c'est un contraste entre une obscurité générale et un point lumineux précis, reflet de la pensée du directeur.

La *catatonie* diffère également de ces trois états. Elle se rapproche surtout de l'hypnose, par le contraste entre une partie de la conscience bien éclairée, et le reste plongé dans l'obscurité. Mais ce point éclairé est soumis, non à un seul individu, mais à

l'ensemble d'un champ psychologique qui subit une sorte de *polarisation* : tout rayon ne peut éclairer la partie obscure que s'il est de même nature que la partie éclairée, sinon il renforce l'obscurité, c'est-à-dire le négativisme. La partie lumineuse correspond aux « complexes » les plus intimes du malade.

Dans le rêve, il y a équilibre entre la personnalité et les cercles qu'elle tient autour d'elle ; elle les possède virtuellement, sûre de les ressaisir au réveil, proportionnellement au degré de celui-ci. Dans la confusion mentale, l'équilibre est rompu au détriment de la personnalité ; celle-ci se manifeste bien, mais elle est impuissante contre des automatismes déréglés. Dans l'hypnose, elle est en abdication momentanée, ayant remis ses pouvoirs entre les mains du « directeur ». Dans la catatonie, la personnalité a également abdicqué, mais sans conditions ; elle s'est éclipsée totalement, laissant la place à une sorte de personnalité mécanique et artificielle, le négativisme. (Les « complexes » sont ainsi protégés contre les irritations extérieures.)

En résumé, la catatonie doit être envisagée comme un trouble psychologique structural ; toute la structure est changée, chacun des éléments subsiste (mais devient affecté d'une autre valeur puisque ses relations avec l'unité psychique ont changé) ; le point central est la disparition de la personnalité, remplacée par un substitut automatique : le négativisme, destiné à assurer la sauvegarde des intérêts supérieurs de la personnalité défaillante.

OBSERVATION N° 5. — *Démence précoce à forme catatonique.*  
(Service de M. le Dr Capgras.)

M<sup>lle</sup> Sallenave (Léonie), âgée de 40 ans, présente une forme particulièrement sévère de démence précoce catatonique, ayant débuté brusquement il y a 8 ans.

*Histoire de la malade (1).*

Mais déjà sa vie était une longue histoire de troubles psychopathiques remontant, littéralement, à la naissance. A peine venue au monde, elle refusa le sein, et sa mère eut toujours les plus graves difficultés pour la nourrir. Ce fut bien pire après le sevrage, et pendant toute son enfance elle mangea si peu et avec tant de difficultés que l'on se demandait comment elle pouvait vivre. La première dent n'apparut qu'à l'âge d'un an. Le développement intellectuel fut lent. Elève appliquée mais médiocre, elle échoua au certificat d'études. Léonie

(1) Cette malade a déjà fait l'objet de deux présentations cliniques : 1° X. Abély et Bauer : « Névrite infectieuse prolongée », et 2° Masquin : « Syndrome catatonique postnévritique », *Bulletin de la Société clinique de Médecine mentale*, 1926 et 1927.

S. était anormale surtout par son caractère « Elle n'a jamais été comme les autres », dit sa mère. Elle était sombre, taciturne, susceptible, sujette à des colères fréquentes. A l'âge de 11 ans, elle eut un frère dont elle fut toujours très jalouse. Paraissant les aimer chacun indépendamment l'un de l'autre, elle ne pouvait supporter de voir sa mère s'occuper de son frère, à tel point que sa mère arriva à ne le faire qu'à son insu. Renfermée et insociable, ne recevant personne, elle habitait chez ses parents, ne sortant que pour aller à son travail de modiste (qui n'aurait pas suffi à la faire vivre, aussi fut-elle toujours à la charge de ses parents). Elle n'eut jamais, semble-t-il, la moindre préoccupation sentimentale. Elle se plaignait sans cesse de douleurs gastriques qu'elle invoquait comme prétexte pour ne pas manger.

Le début de la maladie fut très brusque. Un matin, à l'âge de 32 ans, elle se leva et entra aussitôt dans une violente crise d'excitation, proférant des menaces et des propos orduriers. C'étaient, raconte sa mère, « des horreurs, qu'on se demandait où elle avait trouvé ça, elle qui n'était pas malhonnête ». Elle criait sa haine pour sa mère, sa jalousie pour son frère. Cet état se prolongeant, on fit interner la malade à Charenton. A ce moment elle était dans la confusion mentale avec onirisme, hallucinations auditives et visuelles.

A cette phase de troubles psychiques succéda alors une phase neurologique. Tandis que la température montait à 39 et 40°, apparut brusquement une paralysie complète, puisque localisée aux extrémités, avec hypoesthésie, troubles sphinctériens, escarres. On fit le diagnostic de névrite aiguë, celui de maladie de Heine-Medin paraissant incertain. En même temps l'état psychique se modifiait : c'était un tableau de démence hébéphrénique ou asthénique, avec désintérêt, inactivité, inaffectivité, maniérisme, l'absence de catatonie étant spécifiée.

Une dizaine de mois après le début des troubles, l'état psychique s'était amélioré suffisamment pour permettre la sortie de la malade. Elle conservait comme séquelles une paralysie des extenseurs avec amyotrophie. Son comportement était sensiblement le même qu'avant sa maladie, mais elle ne paraissait pas se rendre compte de la gravité qu'avait eue celle-ci. Elle se mit à grossir, passant de 44 à 61 kg.

Après 10 mois de rémission, les troubles reprirent brusquement. La malade exigea un jour qu'on l'amenât chez son frère, bien qu'il fût parti à la campagne. On céda à ce caprice. Ne l'ayant pas trouvé, elle entra dans une violente fureur, refusa de rentrer chez elle, disant qu'elle préférerait rentrer à Charenton. Ramenée chez elle, les troubles continuèrent, semblables à ceux du début de la maladie. Il fallut l'interner à Sainte-Anne. Là on constata une alternative de périodes d'excitation stéréotypée, avec verbigération surtout érotique, et de périodes de stupeur, avec conservation prolongée des attitudes spontanées ou imposées, résistance musculaire intense, crises sudorales, sialorrhée. Aux membres inférieurs, signes de spasmodicité. Tachycardie permanente. La ponction lombaire n'avait jamais rien révélé d'anormal. Tel fut l'état de la malade, depuis 1927 jusqu'à maintenant.

Il y eut une courte rémission en 1929. La malade changea d'aspect, se mit à parler et à se comporter normalement. Interrogée sur son état, elle répondit qu'elle était muette parce qu'elle croyait qu'il ne fallait pas répondre, et gâteuse parce qu'il fallait aussi salir le lit. Cet état durant depuis 15 jours, on la transféra dans une salle plus tranquille, mais dès le lendemain elle retomba dans son état antérieur, avec excitation et stupeur catatonique, rigidité, troubles vaso-moteurs et sécrétoires. Une autre rémission, en 1931, parut si complète qu'on lui accorda, sur sa demande, une permission de 15 jours, qu'elle réclamait, dans sa famille. Le premier jour, tout alla bien. Mais le lendemain, voyant son frère

et sa sœur partir au travail, elle entra en fureur et il fallut la ramener d'urgence à Sainte-Anne.

### *Aspect général (1933).*

Dès l'entrée de la salle, la malade frappe par son aspect étrange. De taille moyenne, brune, maigre, elle a les membres grêles, les doigts longs et fins. Ses yeux bruns ont un éclat et une fixité singulière. Assise dans son lit, elle reste immobile. Dans son visage, la partie supérieure reste impassible, avec de longues rides sur le front et des joues immobiles, comme de cire. La partie inférieure est animée de petits mouvements incessants, une sorte de tremblement des lèvres et des petits muscles du menton. La lèvre inférieure s'avance et se retire, se dilate et se contracte. Elle émet un murmure confus où l'on distingue parfois les mots : « Je veux mon vestiaire. » Interrogée, elle ne répond rien. Essaye-t-on de l'examiner, une contracture incoercible apparaît aussitôt.

Brusquement, soit pour une tentative d'examen, soit au passage de la visite devant son lit, soit sans cause appréciable, éclate une violente crise de fureur, d'abord sous forme tonique, avec une attitude menaçante, une expression de fureur concentrée. Puis tout à coup éclate la verbigération. Elle s'écrie par exemple : « Je prends mon couteau, je vous coupe la main. Je prends mon couteau, je vous coupe le pied. Je prends mon couteau, je vous coupe le nez... », etc. Le plus souvent, c'est une succession de mots incohérents, émis à toute vitesse, par exemple : « Parce que j'ai jamais fichu à l'eau coupé les gens en morceaux mis dans une toile d'emballage au Petit Parisien aucune pièce habillée différemment je sais ce que c'est car j'aime mieux être Léonie Sallenave. » Dans cette salade de mots, on reconnaît avec une particulière fréquence les trois mots : « couper en morceaux ». Parfois cette verbigération affecte un certain rythme. On dirait une succession de strophes terminées par : « Et puis c'est tout », strophes séparées par un court arrêt avec sourire figé. En voyant ces crises, on ne peut manquer d'évoquer certains équivalents épileptiques avec fureur. Parfois elle réussit, malgré sa paralysie, à se lever suffisamment pour frapper ses voisines de lit terrifiées. D'autres fois, les mains souillées de ses excréments, plus hideuse qu'une Furie, elle vocifère, et l'on ne peut se défendre de l'impression que cette malade est au dernier degré de la démence. C'est ce qui fait l'intérêt d'étudier son état mental.

### *Le contact affectif.*

Nous avons constaté tout d'abord que les crises de fureur ne surviennent pas dans n'importe quelle condition. D'une part elles obéissent à certains rythmes spontanés. Pendant une quinzaine de jours, elles manquent. Puis elles deviennent de plus en plus faciles à provoquer, d'abord en mobilisant la malade, puis en la touchant, et enfin il suffit de toucher le bord de son lit, de parler devant elle, de la regarder même de loin. D'autre part elles manquent ou sont plus faibles pour certaines infirmières, celles qui sont le plus patientes avec elle. Pendant une période d'excitabilité extrême, il fallut recourir à une infirmière d'une autre salle, particulièrement habile et dévouée, la seule dont M<sup>lle</sup> S. tolérât qu'elle la fit manger. Ces variations de l'excitabilité de la malade paraissent obéir, tantôt à un certain rythme, tantôt à des oscillations rapides et imprévisibles.

Après diverses tentatives infructueuses, nous commençons à parler à la malade pendant ses moments de calme. Elle ne manifeste pas la moindre réaction. Au bout d'une semaine d'efforts prolongés, on commence à remarquer

un changement de comportement. Elle commence à s'exprimer avec plus de calme, moins d'obscurité, et sur un ton plus favorable. Exemples :

« Laissez-moi vous masser, jeune homme, pour vous donner une force herculéenne. Je vais vous donner mon sein à téter, pour vous donner une force herculéenne. Vous allez grandir, jeune homme, jusqu'à ce que votre tête atteigne ce plafond. Ne le trouez pas. » Puis elle offre de nouveau ses deux seins à téter. « Mettez-vous sur mon ventre, vous me rendrez plus brune. Nous allons à l'église ensemble pour nous marier. Je vous vends un petit peu mes ovaires. Quand je sortirai d'ici, vous viendrez me voir à Biarritz... » Etc.

Le lendemain : « Je vous ai fait il y a huit ans. Jeune homme, si vous voulez, vous n'aurez qu'à déposer pour moi une auto aux Galeries Lafayette. Je vous donne à Germaine Sallenave (sa sœur), elle vous coupera en morceaux. Habituez-vous à ma conversation. Je serai meilleure avec ces dames (désignant les infirmières). Nous serons bons amis. »

Sous cette incohérence apparente, on devine la modification des dispositions affectives de la malade. Les menaces sont remplacées par des promesses. Les trois dernières phrases sont parfaitement claires et adéquates à la nouvelle situation affective.

Le contact affectif une fois établi ne nécessite pas de grands efforts pour être maintenu, mais surtout un entretien régulier. Lorsque pour une raison quelconque il est abandonné pendant quelques jours, il est toujours difficile à rétablir.

L'établissement du contact affectif se manifeste avant tout par la diminution du négativisme. La malade répond à quelques questions, ce qu'elle ne faisait pas avant, parle plus abondamment, avec plus de calme et d'une manière plus intelligible. Même elle se lève et marche en donnant le bras et fait le tour de la salle, à la grande stupéfaction des autres malades et du personnel qui la croyaient paralysée complètement.

### *Une épreuve pharmacologique.*

Le 11 août, un essai fut tenté pour élargir le contact avec la malade en agissant sur le dynamisme psychique au moyen d'un modificateur pharmacodynamique.

A 10 h. 15, la malade absorbe un mélange de 0 gr. 50 de chloralose et de 1/2 milligramme de scopolamine (scopo-chloralose), dans de la confiture et avec du lait. On constate d'abord une augmentation progressive et extrême du négativisme. A 11 h., cependant, on arrive à la faire asseoir, et alors spontanément elle présente des attitudes et des réactions inaccoutumées, mains croisées, main gauche derrière la nuque, battement des mains, sursaut en entendant le bruit du train. A mesure que se poursuit l'examen, le négativisme diminue et la passivité augmente, et pour la première fois on entend la malade répondre aux questions d'une manière suivie. Interrogée sur son nom, le lieu et la date de sa naissance, son métier, elle donne des réponses précises et exactes. Par contre elle affirme être ici à Charenton, dans le service du docteur Abély, où elle était il y a 7 ans. Interrogée sur les raisons de son attitude ordinaire, elle parle de douleurs qu'elle subit continuellement à la tête et surtout à l'estomac.

Tout à coup, changeant de ton, et d'une toute petite voix, la malade s'écrie :

« Si vous voulez faire pipi-caca sur moi,

Je vous servirai de petit cabinet si vous voulez. »

(On voit que la diminution du négativisme et le passage à une humeur favo-

nable déterminent le remplacement des tendances sadiques habituelles par des tendances masochistes.)

Peu à peu, les réponses deviennent incohérentes, et voici de nouveau la salade de mots, la même que dans les accès de fureur, à la différence que la malade consent à répéter lentement et à plusieurs reprises ses refrains stéréotypés. A midi, elle ne parle plus et présente le syndrome complet de la catalepsie : disparition complète du négativisme, relâchement musculaire total, conservation des attitudes imposées, obéissance automatique aux ordres simples (ouvrir ou fermer les yeux ou la bouche, donner et serrer la main), et même fixation automatique du regard qui suit constamment les mouvements effectués par la main, quoique irréguliers et rapides. Enfin, elle tombe dans un état léthargique qui dure environ une heure 1/2.

A 1 h. 30, elle commence à se réveiller spontanément, et s'écrie : « Je suis contente de te voir. » L'interrogatoire donne les mêmes résultats que tout à l'heure, avec plus de détails. Elle parle d'une vieille tante habitant Biarritz, évoque les pièces de théâtre qu'elle a vues autrefois. Elle persiste à se croire à Charenton.

« Qui est le médecin chef ? — Le docteur Abély.

« — Et moi, qui suis-je ? — Un apprenti, un apprenti-médecin.

« — A quoi pensez-vous quand vous êtes seule ? — Je rêve que je suis seule, et puis un tas d'autres choses. Je rêve lorsque j'aurai de jolies étoffes pour me faire de jolies robes.

« — Pourquoi êtes-vous sale et n'allez-vous pas au cabinet ? — Parce que je ne sais pas, je ne puis pas le faire.

« — Pourquoi ne faites-vous pas votre toilette ? — Je la fais le matin au lit.

« — Et pourquoi ne pas manger vous-même ? — Des fois un petit peu, je mange moi-même. »

(Ces trois dernières réponses, faites d'un ton humilié, montrent avec évidence la conservation de sentiments de pudeur, de dignité personnelle, que l'on ne soupçonnerait pas lorsqu'on voit la malade à l'ordinaire.)

De nouveau Léonie semble se fatiguer. Les réponses deviennent brèves et incohérentes. Elle tombe dans la catalepsie, puis la résolution musculaire complète, et enfin l'apparence du sommeil normal.

Le lendemain et les jours suivants, comme si elle estimait qu'elle avait été jouée, et comme si elle voulait s'en venger, la malade était retournée dans un négativisme des plus intenses dont tous les essais pour l'en tirer furent infructueux, y compris une nouvelle administration de scopo-chloralose à la dose de 0 gr. 75. Ainsi fut perdu tout le bénéfice des efforts précédents, et il fallut beaucoup de temps et d'application pour rétablir le contact affectif.

### *Le langage.*

Au premier abord, le langage de Léonie paraît un chaos inintelligible, où émergent de rares paroles claires et adaptées. Peu à peu, cependant, on finit par distinguer un sens relatif, au moins à certains de ses discours. A mesure que s'établit le contact affectif, la malade se fait comprendre davantage, par la mimique et l'intonation au moins autant que les paroles.

En analysant ce langage, on est amené à distinguer deux ordres de faits : 1° des troubles de la fonction du langage ; 2° l'expression de l'état mental.

1° A certains moments, la malade parle un peu comme une aphasique, disposant d'un vocabulaire insuffisant, intoxiquée par les mots, gênée par une sorte de paraphrasie ou de jargonaphasie.

Plus on écoute la malade, plus on a l'impression qu'elle voudrait dire plus

qu'elle ne peut exprimer. Elle est réduite à élargir le sens de certains mots. Ainsi le mot *suspect* exprime tout ce qui a un sens défavorable. Dans ses accès de fureur, elle vous traite de *bandit suspect*. Est-elle jalouse, « vous êtes *suspect* avec ces femmes ». S'apaisant après un accès de jalousie : « Ce serait bête que nous soyons *suspects* devant les autres. » Après des déclarations sentimentales, elle se rétracte : « Pas moyen d'aller à l'église avec vous, car le mariage c'est trop *suspect*. » Etc. Par contre, lorsqu'elle dit : « Je serai plus *bonne* », ce mot a le sens très étendu de tout ce qui comporte une disposition d'esprit favorable. Il en est ainsi pour bien d'autres mots encore.

D'autre part, il y a des mots, expressions, phrases et couplets parasites qui viennent s'intercaler partout dans ses discours. Tels sont : « Chose bizarre », « N'est-ce pas ? », « Si vous saviez ». « Imaginez-vous », « Comme-cesti-comme-cela. » Ainsi, sa date de naissance, c'est « le 28 octobre 18 cent comme-cesti-comme-cela 92. » Souvent la malade vous demande : « Et votre papa va-t'assez bien ? » (*sic*), et sans attendre, donne elle-même la réponse : « Merci très bien. » Enfin ce sont les fameux couplets tels que : « Je vais vous couper en morceaux mis dans une toile d'emballage au Petit Parisien », qui incessamment, soit isolés, soit accordés à une phrase commencée du discours, reviennent hors de propos, dans les moments les plus favorables de la malade. Elle les dit alors avec un ton de politesse, ou comme une digression insignifiante, et l'on ne peut s'empêcher d'évoquer ces aphasiques faisant des discours incompréhensibles dont ils sont les seuls à ignorer l'incohérence.

2° En poursuivant l'analyse, on aborde des éléments du langage qui paraissent exprimer directement l'état mental de la malade. Ce sont les thèmes principaux, que l'on ne tarde pas à discerner sous leurs mille variations passagères. Chaque jour est caractérisé par un groupement particulier où l'on distingue : des souvenirs de sa vie passée, de sa famille, de son métier, et en même temps une certaine énumération de choses et de personnages, et de parties du corps. C'est là le petit stock d'images et de souvenirs dont se compose pour elle le système du monde, la vision de l'Univers. Au-dessus de toutes ces images inconstantes et variables, il en est une principale, constante, invariable, privilégiée, exprimée par ces trois mots : *couper en morceaux*, et qui semble être la préoccupation dominante, l'idée fixe, le complexe central de notre malade, et que nous essayerons d'aborder plus loin.

### *L'affectivité.*

Lorsqu'on voit Léonie pour la première fois, on a l'impression d'une démenée encore plus profonde au point de vue affectif qu'au point de vue intellectuel. Sur les ruines de son affectivité seule subsiste une impulsivité furieuse à l'état élémentaire, analogue à la fureur épileptique, dépourvue de tout contenu idéatif ou sentimental, une sorte de colère aveugle, automatique et impersonnelle. Pour les psychanalistes, ce serait une régression à un stade ancien de sadisme originel.

Mais à mesure que se développe le contact affectif, on voit surgir des manifestations d'un ordre plus élevé. On s'occupe d'elle, elle entre dans son rôle ! Comme si quelques vagues réminiscences d'un passé sentimental peut-être jamais exprimé revenaient au jour, elle déploie une certaine coquetterie. Un mouvement brusque ayant déterminé chez son interlocuteur un geste de retrait instinctif, elle fait une remarque ironique à ce propos. Elle se montre très jalouse, conformément à son caractère antérieur. Ainsi, comme on avait répété devant elle une de ses paroles, elle retomba immédiatement dans le négativisme, et ce ne fut qu'après les explications nécessaires qu'elle en sortit, en s'écriant :

« Voyons, soyez sages. » Un autre jour, une de ses paroles est répétée à la surveillante. Aussitôt, attitude négativiste et vive expression de colère. Il paraît plus prudent de la quitter. Le mot de « Au revoir » fait éclater l'orage en suspens. Ce sont des imprécations contre « ces femmes » et contre l'indiscret : « Je vais vous couper votre nez si vous n'êtes pas sage, si vous êtes suspect avec ces femmes.. Je vais vous faire un trou dans votre nez. Je vais vous couper le nez avec une chaise de bois. Il ne faut pas me charrier. » Un moment après, Léonie donne des explications. « J'ai eu ma grosse crise d'énervement. Je serai plus bonne, si vous me laissez avoir ma crise d'énervement... » Etc.

Un autre jour, elle nous dit, sur un ton attristé : « Si vous saviez comme mon métier est dur, le métier d'espionne. *Merci de ne pas me charrier.* Je voulais vous le dire, chose bizarre. » (En traduction libre : Je souffre, et je vous remercie de votre sympathie.)

Nous avons vu plus haut que la malade, interrogée sur le gâtisme et la saleté qui lui sont habituels, montre des sentiments d'amour-propre et de pudeur. Comme les autres, ces manifestations affectives supérieures apparaissent à mesure que s'accroît le contact affectif, ou si l'on préfère, à mesure que s'établit une vie sociale ou que diminue la vie autistique, ou encore, que s'élève la tension psychologique.

Il est plus difficile de se rendre compte de l'état affectif correspondant au niveau inférieur de l'état mental, dans la stupeur et dans la fureur supposée.

Pour la stupeur, elle nous dit qu'elle souffre de douleurs à la tête et à l'estomac, ce qui est très vraisemblable, puisqu'elle a toujours souffert de l'estomac tout au moins. Il paraît exister d'autre part une certaine conscience de sa situation malheureuse : souvent elle chuchote : « Je veux mon vestiaire. » Il faudrait en conclure que pendant la stupeur domine un état de conscience triste, pénible (si vague soit-il).

Quant à ses états d'excitation, elle nous a donné plusieurs indications très curieuses. Exemples :

(Après un accès d'excitation) « J'ai cette passion de me remuer. Laissez-moi me remuer énormément... une certaine griserie de vous offrir un joli panorama... J'attends d'être seule. Laissez-moi être seule. J'adore d'être ce que je suis. »

(Et encore) *J'ai pris une certaine force herculéenne d'avoir une griserie d'être seule.*

(Les mouches viennent l'importuner, elle se fâche) « Alors, mouches, soyez sages, car je vais vous couper en morceaux les jambes mises dans une toile d'emballage au Petit Parisien. Faudrait me respecter, n'est-ce pas. Car un jour j'ai coupé une mouche en morceaux mis dans une toile d'emballage au Petit Parisien. *Il ne faudrait point me mettre en colère, car si vous me mettez en colère je serai seule.* »

On voit, d'après ces déclarations, l'association étroite de deux éléments : sentiment de *puissance* (force herculéenne) et d'*être seule* (être ce que je suis). Représentons nous cette *plénitude* d'une puissance illimitée, infinie et indifférenciée, l'activité autistique à l'état pur. Quant aux marques extérieures de la fureur, ce serait un simple « automatisme expressionnel à vide » (suivant l'expression de Hesnard).

### *Le temps et l'espace.*

Il est fort difficile de se représenter ce que sont, dans la conscience de notre malade, le temps et l'espace vécus. Dans ses meilleurs moments, aucune ques-

tion sur son passé ou ses projets d'avenir ne reçoit de réponse, comme si tout effort de mémoire ou de regard vers l'avenir était impossible. Spontanément, elle parle souvent de ses clients, de son métier antérieur, ou bien elle déclare vouloir sortir pour retourner à Biarritz, mais ce sont là des images très pauvres et en petit nombre. Pour le présent, elle en a une perception d'ensemble, une orientation assez juste. Elle se dit cependant à Charenton, et donne son âge inexactement, soit qu'il y ait eu une lacune importante dans sa conscience, soit qu'il y ait là une attitude envers l'ambiance et qu'elle soit en réalité mieux orientée, sans pouvoir l'exprimer. Un présent figé, un passé irrévocable, un avenir stérile, telle paraît être la structure du temps chez Léonie. On peut dire qu'elle vit dans l'instantané.

Pour l'espace, il semble exister quelque chose d'approchant. Suivant les jours, elle vit avec tels ou tels objets de l'entourage ; le lavabo, le parquet, la chaise de bois, l'assiette, la timbale, etc. Les efforts pour attirer son attention ailleurs sont infructueux. On dirait que la malade vit dans un fragment découpé de l'espace et qu'elle n'en peut sortir, ce fragment de l'espace étant variable suivant les jours mais fixe pour un jour donné.

Il est logique de rapprocher ces deux faits : la vie dans l'instantané, la vie dans un espace fragmentaire. Nous concevons en effet l'espace d'après le temps mis à le parcourir, et le temps d'après l'espace qu'il nous permet de parcourir, chacun étant solidaire l'un de l'autre. Quelle théorie de la relativité expliquera ce que devient la structure d'un monde où l'espace est étroitement fini et le temps réduit à l'instantané ?

#### *Absence d'unité fondamentale.*

L'un des points les plus énigmatiques de l'état mental de notre malade, est la signification du perpétuel « couper en morceaux ».

Faut-il penser qu'il s'agit d'une réminiscence plus ou moins obscure d'un événement de sa vie ? Aurait-elle assisté à la découverte d'un cadavre coupé en morceaux et jeté dans la Seine ? Plus vraisemblablement, aurait-elle été vivement frappée par la lecture d'un roman policier ou d'un fait divers ? Ce point n'a pu être élucidé.

On peut essayer d'y voir l'expression d'un état de conscience fondamental et permanent de la malade.

Remarquons d'abord que cette idée de couper en morceaux se présente dans des états d'humeur bien différents, et sous des formes bien différentes. En voici deux exemples :

1<sup>o</sup> *Pendant un accès de fureur* (Je m'approche d'elle, elle n'est pas bien disposée). « Mettez pas la main sur Léonie à partir de maintenant... Laissez Léonie comme son papa, ne la forcez pas à causer... Oh laissez-moi, monsieur, ou je vous coupe la tête. Qu'est-ce que c'est que ce type-là suspect qui m'emm... Je vous foute à trois, monsieur. Je vous coupe la tête. Je vous foute un trou. Je vais lui couper la main, à ce gars-là suspect. J'ai un ciseau, jeune homme, je lui coupe les ongles. Oh mais ce gars-là, je vais lui couper les jambes, ce gars-là. Je ne suis pas habituée à voir des gars ici. Vais essayer de le démolir, ce gars-là suspect. Oui mais jeune homme faudrait pas me prendre pour une autre, jeune homme, je suis une femme différente des autres femmes. Parce qu'avec mes ciseaux, gare que je vous coupe la tête. Gare un jour dans le lavabo une crise nerveuse pour vous couper la jambe en morceaux emballée dans une toile d'emballage au Petit Parisien. Je vais vous couper les ongles, si vous êtes suspect. Jeune homme, je vais vous couper les cheveux si vous n'êtes pas sage. Oui mais gare que je vous foute pas un trou dans le dos. Gare que

je vais vous couper un morceau de votre nez. Gare si je me lève que je ne vous désosse pas. Méfiez-vous, jeune homme, que je ne vous fasse pas une extraction dentaire avec mes pinces, que je ne vous coupe pas en morceaux mis dans une toile d'emballage au Petit Parisien avec mes organes. Je vais vous opérer, jeune homme, avec mes organes, au Petit Parisien. Attention, je me prépare avec mon bistouri. » Tout en parlant avec volubilité, la malade s'est calmée peu à peu, et maintenant vient l'explication terminale : « Je vais être bonne... Je vais crier un peu plus fort pour être bonne... Moi je veux être bonne avec vous. Ce serait bête que nous soyons suspects devant les autres. » Dans ce remarquable exemple de verbigération, on voit que l'idée de couper en morceaux est indépendante d'une véritable fureur ou impulsion sadique. Associée à l'idée qu'on veut lui faire du mal, la toucher, empiéter sur son domaine, elle se présente comme une réaction de défense contre cette intrusion : comme si elle avait le pouvoir de supprimer l'être dangereux en le réduisant en pièces.

2<sup>o</sup> *Pendant un bavardage avec humeur indifférente.* (La malade, assise, tient dans la main un morceau de pain qu'elle est en train de casser pour le manger.) « Monsieur, voulez-vous me rendre un service ? Eh bien, la petite bonne à côté, vous savez, la petite bonne qui est en pain, elle me demande de la couper en morceaux, alors je vous demande de bien vouloir ne pas la faire revivre... Je la ferai revenir et ressortir par mon cul... La petite bonne m'a demandé du pain, elle m'a demandé de la couper en petits morceaux et que je la ferai revenir par mon pied pour la faire revenir en petite bonne... Et pour vous, j'irai à la mer, jeune homme. Vous ne voulez plus vivre, jeune homme. Voulez-vous qu'un de ces jours je monte un hôpital pour vous couper en morceaux afin que vous ne puissiez plus vivre ? Mon vestiaire ne vient pas, je vais attendre encore un peu auprès de vous, jeune homme. Ecoutez-moi, jeune homme, si un jour ou l'autre vous avez un client qui vous demande de le couper en petits morceaux et de l'empêcher de revivre, je vous laisserai, jeune homme. Je me lèverai galamment, je vous donnerai mon lit, jeune homme. Voulez-vous enlever un morceau de votre nez et l'envoyer aux Galeries Lafayette ? Je vous ferai revivre. Et vous ne voulez pas que je vous donne une assiette. Voulez-vous me donner un morceau de votre nez pour que je le sente dans mon ventre ? J'ai une cliente si bizarre, monsieur, elle ne veut point vivre ! Je vais tâcher, monsieur, un jour ou l'autre de la faire revivre. Parce que un jour ou l'autre la chaise de bois va vous couper en morceaux, vous empêcher de revivre. »

Nous avons ici un exemple de cette *condensation* de deux images, propre au rêve et à la pensée catatonique : identification du morceau de pain avec un personnage vivant, la petite bonne. Mais surtout nous retrouvons à l'état pur, indifférent, l'idée de couper en morceaux. Dans le rythme de ce discours, c'est une perpétuelle oscillation entre une phase de fragmentation et une phase de reconstitution, entre la décomposition et la reconstitution, la mort et la résurrection (on avait déjà signalé l'importance de cette dernière idée chez les catatoniques).

Il nous semble qu'il y a là un état de conscience fondamentale de notre malade : à l'état normal, nous avons, à la base de notre représentation du monde et de notre activité pragmatique, la conscience de l'unité fondamentale du monde, qui lui donne stabilité et continuité. Notre malade ayant perdu cet état de conscience fondamentale, perçoit le monde extérieur comme essentiellement instable et discontinu. Imaginons cette vision kaléidoscopique du monde et de sa propre personne. Les choses apparaissent et disparaissent dans un devenir perpétuel et un hasard absolu. Seul l'état d'excitation rend au sujet la cons-

science de l'unité de sa personnalité, et sans doute en même temps du monde extérieur.

Parfois il semble que la malade perçoive, chez son interlocuteur, les différents organes comme autant d'êtres ou de personnages distincts, ce qui expliquerait des paroles comme celles-ci : « Je vous donne le lavabo comme maison de campagne... *Si votre nez veut le demander à votre œil, si votre dent veut le demander à votre comme-cesta-comme-cela ovaire.* » Nous ne pouvons, en réalité, concevoir l'état de conscience qui est à la base d'une telle représentation des choses, car normalement la conscience d'une distinction n'a sa valeur que par opposition à une unité, fondamentale sur laquelle elle se projette. Mais là où manque l'unité, il ne peut y avoir non plus de distinction nette. L'univers de notre malade doit être une sorte de chaos, un monde amorphe.

### *La personnalité.*

Que devient la personnalité, dans un monde amorphe où le temps se rétrécit jusqu'à l'instantané, où l'espace perd sa continuité ? Autant qu'on peut s'en rendre compte, il doit y avoir une fluctuation incessante des limites de cette personnalité avec le monde extérieur, des limites variant d'un moment à l'autre avec l'état de stupeur ou d'excitation, avec le niveau de la tension psychologique.

Il ne paraît pas y avoir à proprement parler de transitivisme : il y a toujours une limite bien tracée entre la personnalité et le monde extérieur. C'est plutôt le rapport des forces en présence qui est modifié. La conscience personnelle et la conscience du monde extérieur se posent comme deux forces antagonistes. Il en résulte trois possibilités :

1° *Etat actif.* Dans l'état d'excitation, nous l'avons vu, règne un sentiment de puissance illimitée, de *force herculéenne*, comme l'a nommée plusieurs fois la malade. Le monde extérieur s'efface, laissant place à l'*autisme pur*. Dans la mesure où il subsiste, il est soumis à l'action de cette puissance illimitée. C'est pourquoi, lorsqu'elle nous est favorable, la malade nous dit : « Laissez-moi vous masser, pour vous donner une force herculéenne. Je vais vous donner mon sein à têter, pour vous donner une force herculéenne », etc. « Voulez-vous approcher. Je vous donnerai un petit baiser, ça vous fortifiera, » etc.

2° *Etat passif.* Dans la stupeur, semble-t-il, domine au contraire le sentiment de passivité envers le monde extérieur, contre lequel il faut se défendre. Le négativisme est la forme objective de cette défense. C'est ce qui paraît dans certaines déclarations. Par exemple : « Pourquoi restez-vous des jours entiers sans parler ? — Pour que vous ne rentriez pas dans ma bouche car vous seriez trop grand »,

« Pourquoi ne mangez-vous pas ? — Parce que vous pourriez sortir par mon cul et tomber dans une fosse, et je ne voudrais pas être votre maison. » Ainsi elle rentre en elle-même pour empêcher l'intrusion des autres dans son propre corps. En voici un autre exemple, beaucoup plus atténué :

(En me voyant, elle ferme la bouche énergiquement et la maintient fermée en pinçant les deux lèvres de chaque côté avec deux doigts.) Puis : « On est dans la bouche de Paul Nip (?), c'est pour ça qu'il faut être sage »... « Monsieur, rentrez votre tête dedans vous, fermez la porte à clef. Attendez, Monsieur, je vais ouvrir, je tire le petit loquet. Bonjour, Monsieur. Je ferme la porte à clef, au revoir, Monsieur (elle se tait un moment, puis) : Je vais vous opérer au travers de ma porte, alors reculez un peu votre tête en arrière, Monsieur. Je me ferai un ciseau, je me couperai en morceaux moi-même. »

3<sup>o</sup> *Etat d'équilibre*. Lorsqu'elle n'est ni une toute-puissance en action ni un sujet en résistance passive, on peut la voir en état d'équilibre avec d'autres êtres qu'elle fait participer à sa vie. En voici un exemple :

(Bien disposée, Léonie chante un air des « Noces de Jeannette ». On lui apporte un morceau de pain. Elle le prend et engage un long monologue avec *Monsieur le Pain*, dont une partie seulement a pu être notée, et dont je regrette surtout de ne pouvoir rendre le ton inimitable, : « Je vous présente à Monsieur le Pain. Vous allez bien, Monsieur le Pain ? (Elle le soulève.) Vous allez bien, Monsieur le Pain ?... C'est moi qui vous invite à poser ainsi. Et votre papa va bien ? (Elle le pose.) Vous allez descendre l'escalier, Monsieur le Pain. Monsieur le Pain va partir ? Vous n'êtes pas toujours invité avec moi. Je vous laisserai descendre l'escalier, Monsieur le Pain. (Je touche le pain, elle prend un air agacé.) Ah non, Monsieur, laissez mon client. Allez-vous-en à la Salpêtrière voir Bourguignon. Pour vous couper en morceaux mis dans une toile d'emballage au Petit Parisien, il faut attendre, jeune homme. » (Puis elle se tourne vers la plume) : « Vous allez bien, Mademoiselle Plume ?... » Etc. (On lui apporte sa timbale de lait, elle la repousse) : « Non, Mademoiselle Timbale, non pas encore aujourd'hui. Avant d'être ce que je suis j'ai été Timbale. Seulement Timbale, ça s'arrange à part .. (Elle la reprend.) Vous allez bien, Mademoiselle ? En effet. Quand est-ce que vous allez me forcer à vous couper en morceaux mis dans une toile d'emballage au Petit Parisien ? Car cette Timbale c'est une jeune fille comme moi, si je l'adore. Car c'est à la Timbale personnellement de se tenir et de descendre l'escalier toute seule... »

Avant de quitter la malade, essayons, par un effort de sympathie intuitive, de nous représenter cette vie se déroulant au milieu d'un monde kaléidoscopique de choses et d'images qui se renouvellent d'instant en instant dans un espace limité, apparaissant et disparaissant subitement sans laisser de traces, un monde de Contes de Fées où les objets deviennent des personnages lorsqu'elle leur confère un peu de sa puissance féerique, où la Timbale devient une jeune fille que l'on menace de couper en morceaux, où Monsieur le Pain devient un personnage qui monte et descend l'escalier, un petit monde de rêve qui l'instant d'après disparaîtra pour toujours dans l'abîme d'un chaos éternel.

#### CONCLUSIONS

Cet état mental si complexe, et qui le paraît de plus en plus à mesure qu'on l'étudie davantage, laisse pourtant quelques impressions assez précises :

1<sup>o</sup> L'importance de la prédisposition est indéniable. Le fait que la maladie ait débuté à la suite d'une névrite aiguë n'a pas d'autre intérêt que celui d'un facteur occasionnel.

2<sup>o</sup> La notion du contact affectif, établie par Bleuler, se vérifie entièrement. La malade est dans l'impossibilité de sortir d'elle-même sans une atmosphère favorable. Pour y parvenir, il faut déployer des efforts nécessaires pour lui montrer qu'elle est un objet d'attention pour les autres. Alors, comme une fleur qui se ranime dans l'atmosphère d'une serre, elle sort de son état et d'elle-même contribue à se rendre plus attrayante.

3<sup>o</sup> L'efficacité de ce contact affectif montre que l'état de la malade exprime une régression instinctive. Le négativisme est l'aspect objectif d'une hostilité générale contre l'entourage, comme pour protéger une vie blessée. Sans avoir pu les préciser, on pressant l'importance de « complexes », surtout familiaux.

4<sup>o</sup> Une observation prolongée n'a pu mettre en évidence aucun indice de l'existence d'hallucinations ou d'idées délirantes. Tout fait penser que le syn-

drome catatonique est *primitif*, c'est-à-dire sans relation avec des états intellectuels ou affectifs clairs, distincts, ou définis. Il s'agit d'une attitude vitale d'ensemble.

5° Le caractère le plus frappant de l'état psychologique de la malade est l'*immobilité*. L'impossibilité d'établir d'elle-même un contact avec le monde extérieur n'est pas plus frappant que l'impossibilité où elle est de manifester un effort d'attention ou de mémoire active. Les fonctions intellectuelles s'exercent donc de façon passive, automatique.

6° On peut en inférer que le temps et l'espace se réduisent chez elle à l'instant présent et à un espace limité, qu'il lui manque la conscience de la continuité et de l'unité du monde, et que celui-ci doit lui apparaître amorphe et infiniment mobile

7° La conscience de sa propre personne paraît exister mais se modifier en fonction de la stupeur et de l'excitation : Dans la stupeur elle semble parfois résister à une intrusion extérieure dans son propre domaine. Au contraire, les crises d'excitation paraissent coïncider avec une exaltation extrême de la personnalité, qu'elle exprime par les mots de *force* et de *solitude* (autisme expansif).

### *Observation de Kronfeld.*

Parvenu au terme de cette longue observation, je ne saurais mieux faire que de reproduire ici l'essentiel d'une très remarquable observation de Kronfeld, qui en quelques lignes caractérise l'état subjectif d'un malade excité catatonique. Mieux que par les plus longues analyses, nécessairement difficiles et imprécises, la vie elle-même, telle qu'elle fut vécue, se révèle dans ce raccourci saisissant :

Mon état pendant l'excitation n'était pas de la fureur. Il n'y avait en moi aucun sentiment particulier en dehors d'une joie purement animale de me mouvoir ; ce n'était pas l'excitation méchante qu'on peut avoir lorsqu'on veut assassiner quelqu'un ; bien loin de cela ! c'était tout à fait innocent. Malgré cela, je subissais cette impulsion comme une contrainte si forte que je n'aurais pas pu m'empêcher de sauter. Je ne puis me comparer dans ces moments-là qu'à un sanglier ou à un cheval sauvage... il s'y ajoute seulement une joie, une exubérance, un plaisir de vivre que je n'avais jamais éprouvé si fortement. La mémoire, pendant ces états d'excitation, est en général bonne : mais le plus souvent elle ne reproduit pas le début de la crise. Ce sont des perceptions extérieures, comme un plancher froid, par exemple, qui vous éveillent et qui vous rappellent la situation. Ensuite, on est orienté, on voit tout, mais on n'en tient pas compte, on continue à suivre librement l'excitation. Surtout, on ne tient aucun compte des personnes, bien qu'on les voie et les entende. Mais on fait bien attention de ne pas tomber... Lorsqu'on est arrêté et remis au lit, on est très étonné de ce changement subit, on se sent offensé et on se débat. Les décharges motrices ne se font pas en sautant, mais en se battant ; mais ce n'est pas un signe d'irritation... Il n'y a pas de concentration de la pensée. Quelquefois, pendant un moment de lucidité, on a directement conscience de cela (mais pas toujours). Mais on s'aperçoit alors qu'on est incapable de construire une phrase. Il me semble aujourd'hui que cette époque ait été comme une décomposition

complète... Avec tout cela, je n'avais jamais le sentiment d'une perplexité ou d'une insuffisance ; il me semble que ce n'était pas moi qui étais en désordre, le chaos était extérieur à moi, c'était là la cause de tout cela... Je n'avais jamais peur. Je me rappelle encore les nombreux mouvements de gymnastique, les exercices d'escalade que je faisais au bain... Je me souviens aussi d'avoir fait le soir de longs discours, mais je ne sais plus sur quoi ; j'ai entièrement oublié les détails, des pensées troublées ; des idées si pâles, si confuses, si peu précises... » Sur ses états de raideur, il s'exprime ainsi : « Les muscles ne se raidissaient pas tout seuls, je les tendais de toutes mes forces (1). »

---

(1) Cité d'après Jaspers : *Psychopathologie générale*, p. 540.

# ÉTUDE PSYCHOLOGIQUE : DYNAMISME

---

Beaucoup plus mystérieux encore que sa structure, le dynamisme de la maladie ne se laisse en aucune façon saisir directement. Il faut en rechercher les traces dans les prédispositions antérieures du malade, et dans l'analyse de ses troubles instinctifs. Enfin dans le mécanisme pathogénique, que nous trouverons analogue sinon identique au mécanisme hystérique, on pourra entrevoir le point de jonction entre le processus invisible de la maladie et sa réalisation dans le syndrome catatonique.

## I. — PRÉDISPOSITIONS NATIVES.

Les études entreprises sur le caractère des déments précoces avant leur maladie ont montré, dans un grand nombre de cas, l'existence d'une constitution mentale particulière, la constitution schizoïde (qui correspond à peu près à ce que l'on appelle, en langage courant, le caractère renfermé). De plus, cet élément constitutionnel a été retrouvé notablement plus fréquent dans la forme catatonique que dans les autres formes de démence précoce.

Récemment, les auteurs américains ont apporté une contribution intéressante à cette question. D'après Leland E. Hinsie, 60 % des futurs catatoniques présentent très nettement ce caractère renfermé, cette tendance à restreindre les contacts avec l'entourage. Blalock fait une étude très précise du caractère antérieur de 25 déments précoces catatoniques du sexe masculin. Il conclut que leur développement physique et intellectuel était dans la moyenne; que dès l'enfance et la première adolescence ils étaient, pour l'activité et pour l'énergie, au-dessous de la normale; que dans leurs relations avec l'entourage, la majorité étaient tranquilles,

placides, obstinés, susceptibles et qu'ils se mouvaient dans un cercle d'intérêts limité ; que presque invariablement ils étaient trop consciencieux, n'avaient que peu ou pas d'amis, que la majorité avaient un état d'esprit passif et influençable, que 72 % étaient de caractère renfermé ; que leurs réactions émotives étaient souvent inadéquates ; et enfin que la grande majorité éprouvaient une difficulté particulière pour s'adapter.

La même étude a été faite sur 35 cas par Bigelow, d'un point de vue surtout psychanalytique. Cet auteur trouve dans la majorité des cas une hypersensibilité, un caractère peu communicatif avec défaut d'adaptabilité et sentiments d'infériorité. De plus, sur les 35 cas, il trouve des manifestations de narcissisme chez 28, d'anal-érotisme chez 29, des complexes d'Edipe ou d'Electre chez 25, des déviations sexuelles chez 18.

Il existe des cas où ces prédispositions antérieures sont si marquées, que l'apparition de l'état catatonique apparaît plutôt comme une accentuation du caractère antérieur. Un intéressant exemple en a été publié par Claude et Nacht. celui d'une jeune malade, catatonique avancée, dont l'histoire pathologique, remontant à l'enfance, était une longue suite d'échecs qui l'avaient progressivement refoulée en elle-même jusqu'à la catatonie terminale. Comme le fait remarquer le professeur Claude, le fait de trouver, à l'origine d'un état catatonique, un épisode infectieux, toxique, ou une cause organique quelconque, ne dispense nullement d'étudier les conditions psychologiques ayant précédé l'installation de cet état. C'est ce qui se vérifie dans les deux observations principales de cette thèse : M<sup>lle</sup> S..., avant sa névrosite, présentait au plus haut degré les éléments de la constitution schizoïde. Le malade B..., avant sa commotion, était également un schizoïde et un arriéré affectif. Il est évident que des milliers d'individus ont eu une névrosite ou une commotion sans devenir pour cela des catatoniques comme M<sup>lle</sup> S... et comme B... C'est pourquoi, lorsqu'on publie, comme on le fait souvent, des cas de catatonie consécutifs à telle ou telle affection organique, avant d'incriminer une prétendue « encéphalite psychosique », il faut étudier minutieusement les antécédents psychologiques du malade, faute de quoi l'observation perd toute valeur. Ainsi, l'auteur allemand F. Kant a publié récemment une intéressante observation d'état catatonique consécutif à une intoxication par l'oxyde de carbone, mais il ne s'est pas borné à cette simple

constatation. Il s'agissait d'un chaudronnier qui, après avoir été soumis pendant 8 mois à cette intoxication lente, avait présenté des troubles généraux, puis des alternatives de mutisme et d'excitation logorrhéique, puis un syndrome catatonique complet, avec stupeur, catalepsie, mouvements stéréotypés, échopraxie, hallucinations, dont il guérit progressivement. L'auteur fait remarquer que d'autres personnes exposées à la même intoxication au même degré n'avaient pas éprouvé de troubles mentaux, et que, pour arriver à produire cette psychose chez son malade seul, la personnalité, les complexes, les conflits, avaient joué un rôle décisif.

## II. — TROUBLES DU DÉVELOPPEMENT INSTINCTIF. PSYCHANALYSE.

En présence d'un catatonique, du moins à une phase avancée de la maladie, on a souvent l'impression bien nette d'une perversion de tous les instincts. Il est fréquent de voir ces malades boire leur urine, manger leurs excréments, faire montre, dans leurs paroles et dans leurs actions, de sadisme, de masochisme, de perversions sexuelles multiples. Plus rarement, ils arrivent à commettre des crimes féroces ou des actes d'auto-mutilation. Il est impossible d'expliquer ces phénomènes par un état de stupeur, de confusion, de délire ou d'affaiblissement mental, et l'on est amené à en chercher l'origine dans un trouble du développement des instincts.

Cette étude n'a guère été faite jusqu'ici en dehors de l'Ecole Psychanalytique, c'est-à-dire selon une méthode qui ne peut séparer les faits de leur interprétation doctrinale. Il est inutile d'exposer ici cette doctrine bien connue. Il suffit de rappeler que, d'après Freud, il existe une énergie instinctive fondamentale, d'abord indifférenciée, la *libido*, qui au cours du développement subit une série de métamorphoses et de différenciations jusqu'au stade adulte normal ; les troubles de ce développement, fixations, déviations, régressions, étant à la base des états névropathiques où ils s'expriment en complexes révélés par des symboles. Mais d'autre part il existe un autre instinct, non moins fondamental, mais négatif : D'après les théories de Rank, homologuées par Freud et incorporées à la doctrine officielle de la psychanalyse,

cet instinct a son expression complète dans le désir de retourner dans l'utérus maternel.

C'est là-dessus que se sont basés quelques psychanalistes pour interpréter le syndrome catatonique. Tausk considère l'attitude d'enroulement du corps sur lui-même, fréquente chez les catatoniques, comme le symbole de l'état fœtal. De même, Nunberg interprète l'état catatonique comme un retour à la situation de la naissance et comme une manifestation parfaite de « métro-érotisme ». (Le même auteur considère l'épilepsie comme la reproduction des mouvements désespérés du bébé au moment de sa naissance.) Le psychanaliste italien Levi-Bianchini adopte également une théorie entièrement psychogénique : l'état catatonique serait le degré extrême du narcissisme, le point ultime où la *libido d'objet* s'intérioriserait entièrement pour se confondre avec la *libido de l'ego*. L'attitude embryonnaire des catatoniques serait une symbolisation inconsciente du désir suprême de n'être jamais né et de demeurer éternellement dans le sein de sa mère.

En réalité la question est plus complexe, même du point de vue purement psychanalytique. Mais si l'on essaye de concilier les faits avec la doctrine psychanalytique d'une part et la pathologie générale de l'autre, on aboutit à des difficultés presque insurmontables. Schilder, neurologue éminent et psychanaliste modéré, écrit à ce propos ce qui suit :

Pour ce qui est de la schizophrénie, il ne suffit pas d'admettre l'existence d'une fixation narcissique ou magique. Sans parler des cas un peu exceptionnels où s'affirment une stase papillaire en même temps qu'un accroissement de volume du cerveau (dégénérescence organique indubitablement grave), il faut nous arrêter à la psychologie des manifestations dénommées catatoniques. Il s'agit de phénomènes de raideur musculaire de nature très variée et d'excitation motrice rappelant la Chorea Minor ou l'hyperkinésie de certains encéphalopathiques. Dans certains cas, ces manifestations résultent de l'abolition de certaines fonctions psychiques et ne peuvent être interprétées que comme le retentissement, sur certains appareils cérébraux, de cette abolition. Dans d'autres cas, il n'existe pas d'indices d'une telle psychogénèse et l'on est obligé de supposer une maladie de ces appareils cérébraux régulateurs des attitudes et du tonus. Au centre de ces appareils, se trouve le système striopallidal, dont les lésions graves déterminent des manifestations qui sont tout au moins assimilables, sinon identiques, à celles de la catatonie. Parmi celles-ci figure, par exemple, la catalepsie, que l'on rencontre aussi bien chez les catatoniques que chez certains encéphalopathiques.

Si l'on considère que les ganglions centraux représentent sans aucun doute une partie du cerveau phylogénétiquement ancienne, on pourrait affirmer qu'il s'agit bien ici de troubles d'une motilité primitive, et l'on pourrait rapporter ces troubles à une régression vers un stade embryonnaire. Et effectivement cette position a été prise par Tausk.

Cependant, il nous faut dès l'abord insister sur ce point que les attitudes des embryons, étudiés rigoureusement par Minkowski, ne rappellent en rien celles des catatoniques, et que leurs mouvements sont essentiellement différents des leurs. Les mouvements de l'embryon sont lents, faibles, pesants, mal coordonnés. Dans le type de mouvements des catatoniques prévaut une rigidité entrecoupée d'explosions violentes. Si l'on veut interpréter les anomalies d'attitude des schizophrènes par l'idée de régression, il faudra donc le faire au moyen de considérations d'ordre non pas ontogénétique, mais phylogénétique. Mais même si, faisant abstraction des différences formelles qui distinguent les attitudes et mouvements embryonnaires d'une part et catatoniques de l'autre, en supposant par exemple que la contrainte qui régit les attitudes et mouvements catatoniques exprime les entraves aux mouvements embryonnaires, il resterait encore à résoudre la question de la nature psychologique du processus par lequel on arrive à la prévalence de telles attitudes. Et ici encore, c'est une question qu'on ne pourrait résoudre que par le concours de vastes spéculations.

En fin de compte, il est nécessaire de définir tout état physico-organique comme le résultat d'attitudes psychiques. Chaque organe est la fixation, dans le domaine de la forme, de tendances instinctives passées, et aussi longtemps qu'il reste vivant il contient quelque chose de cette poussée instinctive continue (*Triebhaftigkeit*). J'ai déjà exprimé plusieurs fois cette pensée fondamentale, et elle forme une des bases d'un tout récent travail de Ferenczi ; je dois dire cependant que, dans le détail, les opinions de cet auteur me semblent insuffisamment appuyées sur les faits.

Pour en revenir à notre cas particulier, nous ne sommes pas encore actuellement en mesure d'établir quel est, dans leur nombre, celui des différents instincts qui s'est fixé dans le corps strié, et il nous semble plus indiqué, à l'heure présente, d'expliquer le trouble en remontant à l'organe même, plutôt qu'à la tendance supposée fixée en celui-ci.

Il n'en reste pas moins digne de remarque que, selon toute probabilité, le fonctionnement du système strio-pallidal peut être influencé directement par voie psychique. On peut ajouter que les instincts profonds ont plus facilement accès à ce système. Je rappelle à ce propos que l'angoisse et la frayeur exercent une action essentielle sur l'état musculaire : les mouvements embarrassés des nerveux s'apparentent avec l'attitude psychique primitive définie : « N'être plus le maître de la situation. » Vraisemblablement, chez les schizophrènes, en raison des données psychologiques primitives de leur état, l'accès du système strio-pallidal est devenu particulièrement facile. D'autre part, il est possible que l'appareil comme tel puisse devenir, dans de telles conditions, plus fragile, et réagir plus facilement, hypothèse appuyée sur le fait déjà mentionné qu'il existe des cas d'altérations directes et organiques de ce système dans la schizophrénie. Sous le nom de « principe des deux voies », j'ai défini ce fait que le même appareil anatomique peut être troublé dans son fonctionnement, tantôt par des lésions directes, tantôt par voie psychique.

S'appuyant sur cet intéressant passage de Schilder, on peut conclure que :

1<sup>o</sup> La catatonie, malgré le grand intérêt qu'elle devrait présenter pour les disciples de Freud en raison de ses manifestations de perversions sadiques et autres, n'a pas fait jusqu'ici l'objet d'une étude psychanalytique digne de ce nom ;

2° Qu'il s'agisse du narcissisme intégral, du métro-érotisme ou de la précipitation de tendances qui se fixeraient dans le corps strié et ailleurs, il s'agit de notions qui ne peuvent être l'objet d'une vérification clinique et qui procèdent de déductions doctrinales. Elles sortent donc du sujet de cette thèse ;

3° Les recherches des psychanalistes ont cependant le grand mérite d'attirer l'attention vers l'intérêt d'une étude clinique et psycho-pathologique du développement instinctif et de ses troubles chez les catatoniques, avant et pendant leur maladie.

Récemment, plusieurs auteurs américains se sont orientés vers une telle étude, d'inspiration freudienne, mais dégagée des outrances de la doctrine. Voici par exemple les conclusions dégagées par Wolff de son étude sur l'état mental des catatoniques :

« A en juger d'après l'attitude et les manifestations extérieures, la catatonie est une réaction de feinte de la mort, imposée par la terreur ; c'est une forme inférieure de réaction vitale. Le contenu mental révèle un mécanisme analogue : un recours à la mort comme solution de toutes les difficultés, réalisant ainsi un état bienheureux de libération des soucis, dans lequel les aspirations interdites cessent d'être une source de conflits intérieurs. »

Il faut mentionner encore la curieuse et très intéressante théorie de E. J. Kempf, qui donne une explication très complète du dynamisme de la maladie. Cet auteur s'élève contre les théories organiques de la catatonie (lésion cérébrale, intoxication, troubles endocriniens), n'admettant pas qu'elles puissent expliquer la brusquerie du début de la période de stupeur et de sa terminaison. Il propose une théorie qu'il appelle *affective-métabolique*, qui fait de la catatonie « une forme extrême mais incomplète d'adaptation affective par régression et introversion, de caractère hystérisiforme, et ayant impliqué les fonctions autonomes à un haut degré ».

Plus explicitement, l'auteur admet :

1° *La nécessité d'une prédisposition.* — Ne devient pas catatonique qui veut. Les futurs catatoniques sont d'un égoïsme puéril et d'humeur morose, boudeuse et entêtée ; ils ont tendance à se déprécier eux-mêmes, à fuir la vie réelle et la santé ; non seulement ils ont le désir d'être malades, mais ils se délectent à l'idée que les autres souffriront de les voir malades.

2° *L'existence de conditions interpsychologiques.* — Le futur catatonique souffre d'un manque d'adaptation affective. Contraint de subir l'autorité et la domination des personnes de son entourag : qui ne comprennent pas son état, il se soumet passivement, tout en accumulant pendant des années le

ressentiment qu'il éprouve contre eux. C'est pourquoi une personne qu'ils aiment peut, par son influence, les retenir et les empêcher de sombrer dans la catatonie, tandis qu'eux-mêmes sont incapables de faire un effort d'adaptation sociale, étant à ce point de vue aussi dépendants que des nourrissons.

3° C'est d'un *mécanisme hystériforme* que dépend la possibilité de tomber ou non dans l'état catatonique. Ce mécanisme « implique à un haut degré les fonctions autonomes », mais surtout la respiration. C'est en effet la fonction respiratoire qui établit le lien entre l'état mental et l'état du métabolisme. Tout état affectif s'accompagne de modifications respiratoires ; inversement, c'est par la mise en jeu du mécanisme respiratoire que l'on peut accéder volontairement à certains états psychiques particuliers. Kempf cite à l'appui l'exemple des animaux hibernants ou feignant la mort, des peuplades primitives hibernant pour se protéger de la famine, puis les pratiques des fakirs qui réduisent leur respiration au point de pouvoir rester enterrés pendant plusieurs jours, et enfin les modifications respiratoires de l'hypnose. C'est au moyen d'un tel mécanisme que le catatonique peut se faire accéder à l'état de stupeur catatonique.

4° *Le passage à la stupeur* ne dépend cependant pas uniquement de la volonté du catatonique. Il peut cependant les retarder jusqu'à un certain point. Mais il leur devient de plus en plus difficile de se retenir, leur mauvaise humeur finissant par s'accumuler et atteindre un degré de pression tel que bientôt elle éclate, et ils entrent dans cet état caractérisé simultanément par des modifications du métabolisme et par l'*auto-hypnotisme*.

L'entrée dans la stupeur est précédée d'un changement du rythme respiratoire, avec de larges et sonores aspirations d'air, qui outre leur effet hypnotiseur, comportent une certaine satisfaction auto-érotique.

Une fois dans la stupeur, le catatonique n'est nullement l'être complètement indifférent et détaché qu'il paraît. Tout en surveillant et en écoutant passivement ce qui se passe autour de lui, il se livre à la satisfaction de rêvasseries où ses désirs se donnent libre jeu. Leur masochisme naturel se repaît de considérations sur ce que leur entourage pourra bien faire d'eux, et « fréquemment cette rêvasserie porte sur des idées de castration et de crucifiement, ce qui leur procure un frisson masochistique prolongé ».

5° *Le traitement* qui résulte de cette théorie est donc surtout préventif. Il doit s'appliquer à guérir, par la psychanalyse, l'état d'esprit fondamental du malade en démêlant les relations interpsychologiques entre le sujet et son entourage. De plus, même au bord de l'abîme, une personne aimée peut retenir le malade. Quand la torpeur est constituée, on peut agir sur la fonction respiratoire : le mélange oxygène-gaz carbonique étant capable de tirer parfois le malade hors de sa stupeur.

Ainsi donc d'après Kempf, dans la catatonie, faute d'adaptation affective le malade tombe dans la stupeur en modifiant sa respiration ; cette stupeur augmente l'introversiion affective, et un cercle vicieux se trouve établi.

### III. — RAPPORTS AVEC L'HYSTÉRIE.

L'existence d'une affinité entre la catatonie et l'hystérie est une chose universellement connue, mais obscure et imprécise dans son expression. On a décrit des cas dans lesquels les symptômes de ces deux affections étaient si intimement liés que le diagnostic était resté longtemps impossible. Ainsi, en 1929, Damaye a publié sous le nom d'*hysléro-catatonie* une observation où l'on voit, malgré une origine organique, l'apparence hystérique et la suggestibilité prédominer pendant longtemps. Perelmann (de Bakou) a publié en 1926 une remarquable observation dans laquelle on voit l'analogie de tous les symptômes particuliers de l'hystérie et de la schizophrénie, opposés un à un.

L'observation n° 6 de la présente thèse est consacrée à un cas de ce genre où le diagnostic de *folie hystérique* et de *catatonie* sont également plausibles. Au risque d'une erreur totale, on est tenté de chercher, entre ces deux états, à mettre en relief les points communs, les points distinctifs, et la raison de cette distinction. Le point commun consisterait dans un mécanisme identique, le *mécanisme hystérique*, dont la nature demeure mystérieuse, par lequel la vie inconsciente s'exprime par le langage de signes d'apparence organique. Les traits différentiels consisteraient dans la profondeur du retrait instinctif, plus grand dans la catatonie, et dans sa nature manifestement organique. Comme on retrouve, dans la catatonie, des lésions cérébrales avec une grande fréquence, ce qui manque dans l'hystérie, il faut voir dans ces lésions la raison de la différence de ces deux maladies.

OBSERVATION N° 6. — *Psychose à évolution cyclique. Début à la suite d'une commotion de guerre. Folie hystérique ou catatonie de Kahlbaum.* Bonjean (Albert), 42 ans.

#### INTRODUCTION.

Je remercie particulièrement mon Maître M. le Dr Crouzon, qui dès l'entrée du malade à la Salpêtrière m'a accordé l'autorisation d'en faire une étude particulière en vue de la présente thèse, et M. le Pr Claude qui, lors du passage du malade dans son service, m'a confirmé cette autorisation. Mon Maître, M. le

Dr Capgras, a bien voulu me communiquer son rapport médico-légal qui m'a beaucoup aidé. M. le Dr Vurpas, ainsi que M. le Pr Fribourg-Blanc, m'ont fait part de leurs observations précieuses. M. le Dr Baruk m'a fait comprendre dès le début l'intérêt exceptionnel de ce cas et m'a prodigué ses conseils et ses éclaircissements. Plusieurs éminents spécialistes ont examiné le malade et m'ont communiqué leurs résultats : MM. les Drs Bourguignon (chronaxie), Aubry (examen labyrinthique), Géraudel (ECG), Cerise et Debar (examen oculaire), Lahy (réflexe psychogalvanique). Enfin je remercie tous ceux qui m'ont aidé à examiner ce malade et ont partagé avec moi leurs observations, en particulier MM. le Dr Hubáček (de Prague), Morel (de Genève), Christophe, Garcin, Corman, Le Guillant, Liber, Boutakoff, Rondepierre, Lagache, etc.

### *Le malade Br...*

Le 20 avril 1931, la consultation externe de la Salpêtrière étant tenue ce jour-là par mon Maître, M. le Dr Crouzon, on vit arriver un singulier malade. C'était un homme âgé de 42 ans, de taille moyenne, de tempérament sanguin, conduit par sa femme et sa sœur qu'il suivait comme perdu dans un rêve, avec une démarche automatique et sans vie. On lui donne une chaise, il s'écrie : « C'est ça mon tabouret ? » Il réclame ses outils, ses vêtements de travail, parle de ressemelage. On lui tend le marteau à réflexes, il s'écrie : « C'est ça que je cherche, c'est mon marteau. » Admis aussitôt, il entre le même jour aux Châlets, avec le diagnostic provisoire de « confusion mentale avec délire onirique de type professionnel ». C'est alors que l'on reconnut l'existence d'un état cataleptique avec conservation des attitudes imposées, d'une anesthésie apparente à tous les modes de la sensibilité, et que sur les indications données par sa femme, on vérifia l'existence d'une activité automatique très particulière, c'est-à-dire qu'on pouvait le faire manger, boire, etc., à condition de le réveiller en lui pinçant le nez.

### *Histoire du malade.*

Son histoire est exactement connue par les renseignements fournis par sa famille, confirmés et complétés par une enquête médico-légale.

Fils de paysans bretons, c'est un homme très robuste, d'intelligence moyenne, sachant tout juste lire, écrire et compter, d'une grande habileté manuelle, travailleur actif et obstiné, très gai mai peu sociable, courageux, sobre, économe, ayant au plus haut point le sentiment du devoir.

Comme il parlait toujours le breton chez lui et n'apprit le français qu'au moment du service militaire, il fut longtemps désavantagé par cette question de langue.

Après son service militaire, il vint s'établir à Paris, habitant chez sa sœur et son beau-frère. Il trouva un emploi de garçon de courses dans une fabrique de chaussures. Comme l'a révélé le dossier médico-légal, ses employeurs ont affirmé « que sa conduite était exemplaire, son intelligence très lucide, qu'il ne buvait jamais et que dans les travaux qui lui étaient confiés il faisait montre d'initiative et d'une grande facilité d'assimilation ».

Parti pour la guerre, il prit part comme soldat-mitrailleur à des combats d'une violence exceptionnelle. Le 1<sup>er</sup> juillet 1916, partant pour l'assaut, il subit une commotion par suite de l'explosion d'un obus à proximité. D'après le récit qu'il en fit à sa famille, il resta 12 heures sans connaissance dans un trou d'obus où il fut découvert par ses camarades. Il insistait sur ce point que la perte de connaissance avait été absolue et qu'il était incapable d'en apprécier la durée : « Pendant tout ce temps, j'étais sans vie, j'étais comme un mort, je n'existais pas. » Plusieurs témoins oculaires sont venus certifier l'authenticité de cette commotion, mais tous affirment qu'elle n'a duré que quelques minutes et qu'il s'est relevé de lui-même pour continuer le combat.

Le lendemain du traumatisme, ses camarades lui firent remarquer, paraît-il, une surdité partielle, dont il était inconscient et qui disparut progressivement et totalement en quelques mois sans traitement. Mais surtout, les témoins oculaires certifient avoir constaté chez lui un grand changement à partir de ce jour. « On le voyait faisant des gestes, parler tout seul, souvent aussi il se perdait et ne revenait que quelque temps après quand ses idées lui revenaient. » Son ancien lieutenant témoigna, au cours de l'enquête, du fait suivant : « Le jour de la relève, je fus obligé de dresser moi-même l'inventaire du matériel de la pièce de position du caporal **B...**, ce gradé étant dans l'impossibilité matérielle de pouvoir prendre les consignes afférentes à cette position ni de fournir le moindre travail. Pendant la durée de cette crise

(45 minutes environ), toute mémoire semblait avoir disparu du cerveau de cet homme. » Après la démobilisation, la famille fut frappée du changement de son caractère : De gai, il était devenu sombre et taciturne. Fréquemment, il avait des moments d'absence de courte durée, avec début brusque, immobilité complète, mutisme et ensuite amnésie. On le voyait aussi, contrairement à ses habitudes, sortir tard le soir pour errer au hasard.

En 1919, il se maria avec la fille d'un cabaretier de son pays. Il en eut une fille qu'il chérissait. Sa femme, d'intelligence médiocre, n'avait rien remarqué chez lui d'anormal, si ce n'est une tendance à dormir d'un sommeil très profond et très intense, avec de l'agitation, des soubresauts, et au réveil des récits de rêves de guerre et de bataille. De plus, au dire de son entourage, sa conversation était très peu variée, réduite presque exclusivement à de longs récits de souvenirs de guerre, toujours les mêmes, sans qu'il parût se douter qu'il les avait déjà souvent racontés. Il se plaignait depuis la démobilisation de troubles digestifs, de violentes céphalées, de troubles auditifs, avec otorrhée bilatérale en 1919 et 1920.

C'est en 1927 que les premiers troubles mentaux apparaissent. Déjà depuis plusieurs mois il maigrissait, et son sommeil était moins bon. A la suite d'une grève qui avait eu lieu dans la fabrique de chaussures où il travaillait et à laquelle il refusa de participer, il commença à se plaindre de son contremaître, accusa ses camarades de le persécuter, de mettre du sable dans ses machines. Bientôt il s'en prend aux locataires de sa maison, accuse la concierge de dire du mal de lui avec un voisin. Le soir, en rentrant du travail, au lieu de rester seul dans son appartement, il allait dans une petite remise destinée aux bicyclettes, et sa femme l'y aperçut plusieurs fois, immobile, regardant en l'air fixement. Enfin il déclare qu'il en a assez et qu'il va s'établir à son compte. Malgré les protestations de sa femme, il décide de lui acheter un fonds d'épicerie et lui-même commence à prendre des leçons à une école de chauffeurs de taxi, ayant quitté son travail après une scène violente. Un jour, en mars 1927, il va acheter la boutique et verse 10.000 francs de dédit. Le soir même, il fait une scène plus violente que jamais, s'agite, accuse sa femme de le tromper, la frappe. On réussit à le calmer, grâce à l'intervention de sa sœur et du médecin. Celui-ci conseille l'internement et rédige un certificat. Sa sœur l'amène au commissariat de police,

où il dépose une plainte. Il est envoyé à l'infirmierie spéciale, et de là à Saint-Anne, avec le certificat suivant :

*Idées délirantes de persécution. Interprétations morbides. Depuis le mois de janvier, des intermédiaires agissent sur sa femme, la circonscrivent pour la détacher de lui, pour lui faire des chinoiseries. Les commerçants du quartier se moquent de lui. Hostilités de l'entourage chez lui et dans son travail, coups montés, etc. Pas de troubles psycho-sensoriels. Trouble du caractère et désordre des actes. Menaces de se défendre contre les gens qui exploitent sa femme. Violences contre celle-ci et contre sa fillette. Plainte au commissariat. Pas de signes neurologiques, sauf tremblement lingual.* (Heuyer.)

A Sainte-Anne, son agitation passe rapidement. Lorsqu'il revoit sa femme et sa fille, deux jours après, il a une crise de larmes. Dès lors, semble-t-il, il se comporte normalement. Il reste trois mois dans le service du P<sup>r</sup> Claude. Il reprend du poids. Il écrit tous les jours une lettre à sa femme, réclamant sa sortie. Les certificats de quinzaine ajoutent aux observations précédentes :

*Fond paranoïaque; probabilité d'hallucinations et d'élhylisme surajouté, sa femme signale quelques idées d'indignité, de culpabilité, attitude interprétative* (avril-mai 1927), ce qui montre la persistance d'un état anormal, car le malade n'était certainement ni alcoolique ni paranoïaque.

Sorti de Sainte-Anne, il ne parle plus jamais de ce qui avait motivé son internement. Sa femme l'emmène en Bretagne dans sa famille où il passe deux mois, s'occupant de travaux de ferme. Rentré à Paris et se trouvant sans métier, sa sœur et son beau-frère le prennent à leur service, dans une fabrique de chaussures de luxe, où on l'occupe à faire des ressemelages. Quoiqu'il exécute bien son travail, il est au-dessous du niveau d'un ouvrier ordinaire, et c'est par charité qu'on le garde.

Il y eut alors une certaine rémission apparente. Brual menait une vie extrêmement bien réglée, partagée entre son travail et sa famille. Il faisait consciencieusement son ouvrage, mais ses camarades le plaisantaient sur ses perpétuels récits de guerre. A la maison, il était silencieux, il ne semblait avoir d'autre intérêt que sa fille, dont il aimait à surveiller le travail scolaire.

L'établissement de la maladie actuelle eut lieu progressivement de 1928 à 1931. L'entourage, très peu observateur, n'y prit garde que très tard. Ce qui frappait surtout, c'est que chaque année, après

le séjour habituel de deux mois à la campagne, le malade rentrait aggravé à Paris. Lui-même ne semblait guère s'en préoccuper : il parlait parfois en termes vagues de sa maladie et de ses soucis pour l'avenir de sa famille, mais il ne semblait se rendre compte ni de la gravité, ni de la forme particulière, des symptômes dont il souffrait.

Comme au lendemain de la commotion, ce furent les troubles auditifs qui commencèrent. Déjà, au début de 1927, il y aurait eu affaiblissement de l'audition et quelques vertiges. En septembre, avant la fin des vacances, ces troubles augmentèrent brusquement, et dans les premiers mois de 1928, la surdité devint totale. Un examen pratiqué en octobre 1928 à l'hôpital Saint-Joseph révéla une surdité absolue à tous les modes de la sensibilité auditive, mais avec épreuve de Lombard positive, preuve qu'il s'agissait d'une *surdité psychique*. Cette surdité fut traitée par la diathermie pendant quelques mois, avec un succès partiel.

Peu après la surdité, ce fut une diminution progressive de l'attention, un état de distraction permanente confinant à la torpeur, et un sommeil tellement profond que le réveil était presque impossible et que M<sup>me</sup> B., vers la fin de 1929, prit l'habitude de réveiller son mari tous les matins en lui pinçant le nez, ce qui devint bientôt l'unique moyen possible de le réveiller.

Au retour de la campagne en octobre 1929, les troubles de l'attention commencèrent à inquiéter. Dans la rue, il marchait raide et mécanique comme un automate, bousculant les passants sans s'en apercevoir. Il se perdait dans la rue, et sa femme dut l'accompagner jusqu'au métro.

A cette époque, un autre trouble sensoriel apparaît : l'*anosmie* (le malade ne sent pas l'odeur du gaz d'éclairage qu'il a ouvert sans l'allumer).

Au retour à Paris en octobre 1930, le malade tombe dans une torpeur complète, dans un silence qui n'est même plus interrompu par ses interminables récits de guerre. Dans la rue, il bute contre les trottoirs et les marches d'escalier, bouscule les passants. Il se perd dans le métro, et sa femme est obligée de l'accompagner le matin à son travail et d'aller le chercher le soir.

Arrivé à son travail, on lui montre ce qu'il a à faire, pièce par pièce, et s'il ne commence pas immédiatement dès qu'on a fini de le lui expliquer, il faut tout recommencer car il a déjà oublié.

Il oublie ce qu'on lui dit et ce qui se passe, à des intervalles de quelques minutes.

La *surdité* qui avait rétrocedé partiellement à la suite de son traitement à Saint-Joseph, devient brusquement totale à la fin de 1930.

En mai 1929, à l'occasion de la visite de sa mère venue de Bretagne, on s'aperçoit que le malade ne lit plus sur les lèvres. On ne communique plus avec lui que par une ardoise où il écrit de moins en moins. De même on lui écrit de moins en moins, plus tard de simples mots : « Midi », « 7 heures », « Talon », « Semelle », « Couture », etc. Vers janvier 1931, on s'aperçoit qu'il confond les souliers jaunes avec les noirs. Le *goût* disparaît aussi : le malade ne reconnaît plus le goût des carottes qu'il déteste, prend le café pour le vin. La famille signale aussi ce fait curieux : lui ayant servi de la salade de tomates à la place où il prenait de la viande ordinairement, le malade s'écrie : « ton ragoût est froid », ce qui indiquerait une dissociation du sens du goût aboli et du sens thermique conservé. Les *sensibilités tactiles* semblent, en effet, avoir été les dernières à disparaître. Le malade sentait la piquûre, et reconnaissait les objets par le toucher.

La *torpeur* augmente rapidement. On n'ose plus aller au cinéma avec le malade car il s'endort immédiatement. Il est même très difficile de lui faire cesser son travail, car, s'il lit bien sur l'ardoise, il est de plus en plus difficile de lui faire comprendre qu'il a quelque chose à lire.

Le comportement du malade à cette époque apparaît comme une série d'activités complexes, dont le départ est provoqué par les différentes mises en train qui divisent la journée : le réveil une fois obtenu, le malade se lève, s'habille, fait sa toilette, se prépare au départ. (Le dimanche il en est de même, et il faut lui montrer spécialement son ardoise avec le mot « dimanche ».) Une fois installé sur son tabouret, il fait son travail à mesure qu'on le lui apporte et explique. A midi, il faut le réveiller pour le déjeuner. Le soir, il est difficile de lui faire interrompre son travail, mais une fois rentré chez lui, il fait sa toilette, prend son dîner, va se coucher, etc.

Signalons quelques manifestations de cet automatisme :

*Le journal.* Le malade réclame tous les jours son journal et fait comme s'il lisait. Un jour, on lui donne un journal anglais et il se comporte exactement comme d'habitude, alors qu'il ne connaissait pas un seul mot de cette langue.

*La toilette.* Les besoins naturels ont été accomplis spontanément et régulièrement. Pourtant, vers le mois de mars 1931, il faut conduire le malade aux W.-C.

*Les relations sexuelles,* au dire de sa femme, étaient restées jusqu'au dernier jour normales.

Les dernières manifestations d'une activité personnelle concernent le travail scolaire de sa fillette dont il continuait à s'occuper, au moins en apparence.

Vers le milieu d'avril 1931, l'état du malade s'aggrave brusquement. Le vendredi 17, sa femme l'avait conduit à son travail comme d'habitude, lorsque sa sœur le ramène en disant qu'il ne voit plus rien et qu'il ne peut vraiment plus continuer son travail.

Le samedi 18, un médecin consulté conseille de l'amener à la Salpêtrière. Pour la première fois, resté chez lui le malade ne demande pas à travailler. Après le déjeuner de midi, il dit : « On va sortir », comme s'il avait cru que c'était dimanche. Assis sur une chaise, il y reste tout l'après-midi sans bouger. Comme sa fille lui saute au cou, il dit : « Je ne sais pas laquelle des deux c'est, il faut qu'on me donne la main pour que je m'en rende compte. »

Le dimanche 19, sa famille constate une amélioration inattendue. Il marche mieux, et même, paraît-il, reconnaît sa sœur.

Le lundi 20, sa femme et sa sœur le conduisent à la Salpêtrière. Tout se passa comme si le malade se croyait arrivé à son travail chez son beau-frère, et c'est ainsi que l'on peut comprendre son attitude et ses paroles dans la salle de consultation.

Si l'on essaye de dégager quelques traits essentiels de cette histoire, on remarquera que :

1° La progression de la maladie a été *discontinue*, par aggravations brusques dont la plupart suivaient immédiatement un changement de conditions de vie (retours de vacances). A ce propos, la famille nous fit elle-même remarquer que « chaque fois qu'il perdait une habitude il ne la retrouvait plus, et si l'on avait l'imprudence de faire telle ou telle chose pour lui, plus jamais il ne la faisait lui-même ».

2° Pourtant il y eut quelques *fluctuations*. Avant de se perdre complètement, l'audition subit une amélioration passagère. Il y eut une amélioration générale la veille de son entrée à la Salpêtrière.

3° Il y eut une *dissociation* remarquable entre les divers modes de

la sensibilité, atteints l'un après l'autre séparément, en commençant toujours par l'ouïe.

4<sup>o</sup> Le malade était *inconscient*, dès le début, de la nature particulière de ses troubles. Lui faisait-on remarquer sa surdité, il la niait, disant que s'il n'avait pas entendu, c'est que l'on n'avait rien dit.

## A LA SALPÊTRIÈRE.

Admis dans le service des Chalets, le malade présente à l'examen un ensemble fort remarquable de troubles du mouvement, de la sensibilité, des fonctions végétatives, et une activité automatique des plus singulières.

### 1<sup>o</sup> *Troubles du mouvement.*

Vu dans la journée et laissé à lui-même, le malade reste complètement inerte. Rien dans son attitude ne trahit la faim, la soif, le sommeil, ni aucune manifestation psychique. Qu'il soit trouvé couché, assis, ou debout, il conserve indéfiniment ces positions. Debout et poussé légèrement par derrière, il marche ; et sa marche, plus rapide que la normale, n'est arrêtée que par les obstacles, sur lesquels il bute violemment.

Son attitude habituelle, dans la journée, est la position assise, avec le tronc recourbé, la tête en avant, les mains sur les genoux. Pourtant, son inertie n'est pas complète, car on observe chez lui une grande variété de petits mouvements, stéréotypiques et spontanés. Par exemple une fois on le trouve assis, et sa tête, penchée en avant, est animée d'un mouvement de balancement et de rotation latérale ; en même temps l'un des membres supérieurs demeure posé immobile sur la cuisse du même côté, tandis que l'autre mobile, tapote avec les doigts recourbés en crochet l'autre cuisse, d'arrière en avant puis d'avant en arrière alternativement. Arrête-t-on le bras, le tapotement persiste sur place. Le lâche-t-on, le mouvement reprend identique. Un autre jour, on trouve le malade assis, tapotant le plancher son avec pied, d'avant en arrière, et inversement. Puis ce pied reste immobile et le mouvement s'effectue du côté opposé. Tous ces mouvements, très variés, se ressemblent par un rythme commun, souvent par séries de 3 à 5 mouvements séparés par des pauses. Devant certains de ces

mouvements, on peut penser à un élément professionnel : mouvements de limer, de clouer de petits clous.

D'autres mouvements spontanés ont l'apparence de petits actes bien exécutés et parfois adaptés. Ainsi on peut voir le malade se nettoyer les ongles, faire la toilette de ses narines avec un doigt, se frotter les yeux, s'étirer la moustache, reniffler. Souvent il se gratte après avoir introduit sa main dans l'interstice qui sépare deux boutons de chemise. Presque toujours, après le repas il se frotte les mains et se passe la main sur le front et sur la tête.

Une fois mis en mouvement par l'observateur, ce corps inerte montre tous les éléments du syndrome cataleptique. En mobilisant les membres on éprouve cette sensation si curieuse (et si rare dans sa forme typique) de *flexibilité cirreuse*. Le malade conserve les attitudes passivement imposées, même les plus étranges et les plus incommodes, telles que couché, la tête et les quatre membres relevés. Mais cette conservation des attitudes imposées n'est pas indéfinie. Sur le malade placé debout avec un membre supérieur relevé verticalement, on observe au bout de 10 minutes un abaissement important, et en 20 minutes la résolution musculaire est complète. De plus, la conservation des attitudes s'observe seulement selon une répartition topographique constante et bien déterminée.

Prédominant aux membres supérieurs, elle se retrouve même aux doigts, un à un, et phalange par phalange. Aux membres inférieurs, le phénomène est un peu moins accentué, et s'accompagne souvent de tremblement. Il est moins net au cou et au tronc. Il est absolument nul à la tête, et ne peut être obtenu ni aux paupières ni aux mâchoires qui sont en contracture permanente.

C'est précisément aux endroits où manque la conservation des attitudes que prédomine le *négativisme moteur*. La contracture des mâchoires est incoercible. Essaye-t-on de faire tourner alternativement à droite et à gauche le cou et le tronc, le mouvement, d'abord facile, est bientôt freiné par une résistance qui croît et devient rapidement invincible. Aux membres, c'est exactement l'inverse : le premier mouvement rencontre une grande résistance qui fait place à une passivité croissante, et même on a rencontré plusieurs fois le signe de « l'anticipation des mouvements passifs ».

Ajoutons que les réflexes tendineux et cutanés se montrent tous sans exception vifs ou exagérés.

## 2° L'activité automatique.

Jusqu'ici, nous avons décrit un syndrome cataleptique symptomatique d'un état catatonique, rare il est vrai sous une forme aussi extrême, mais cependant classique. Ce qu'il y a de vraiment particulier chez ~~B...~~, c'est l'existence d'une activité automatique, invariable dans sa forme, dans ses manifestations et dans ses conditions d'apparition. Pour tout dire, *le malade ne réagit qu'à une seule condition : qu'on lui pince le nez.*

Les manifestations diverses de cet automatisme sont toutes conditionnées rigoureusement par cette excitation primitive ou fondamentale. Celle-ci ne peut elle-même être provoquée que pendant l'état de torpeur moyenne de la journée. Dans les trois premières semaines du séjour de ~~B...~~ à la Salpêtrière, on pouvait obtenir cette *excitation fondamentale* de plusieurs manières : soit en secouant fortement le malade, soit en lui tirant les oreilles, soit en appuyant sur ses yeux, soit en lui pincant le nez. Rapidement l'excitabilité se réduisit à cette seule et unique localisation.

*L'excitation fondamentale.* — Il ne suffit pas d'exciter le malade dans la seule région restée excitable de son corps : il faut que cette excitation réunisse certaines conditions de vitesse, d'intensité et de localisation. La vitesse doit être moyenne : le pincement du nez est-il rapide et très bref, ou au contraire est-il lent et progressif, on n'aboutit à rien. L'intensité doit être suffisante : le simple contact ne suffit pas, ni même une piqure, il faut un pincement ou une forte pression. Enfin, la zone excitable est bien délimitée : elle ne dépasse pas le bord inférieur des os propres du nez. L'intérieur du nez en est exclu : on peut piquer l'intérieur des narines, faire respirer des vapeurs d'ammoniaque, obturer les orifices avec du coton, on n'obtient aucune réaction apparente.

*La réaction immédiate* à cette excitation varie un peu avec la durée de celle-ci. Supposons que, le malade étant couché, on effectue un pincement du nez, de durée moyenne. Aussitôt il se dresse brusquement et s'assied, il étend les bras en avant et les écarte en décrivant deux demi-cercles divergents, comme un nageur dans le mouvement de la brasse, et il s'écrie : *Qu'est-ce que c'est, qu'est-ce que c'est ?*, puis retombe dans sa stupeur. Le tout a duré de 15 secondes à une minute.

Une excitation plus prolongée, comme celle réalisée en pinçant le nez avec une pince à linge, détermine les mêmes réactions mais plus durables, et en plus, des réflexes de défense vrais : il porte la main vers le nez et cherche à enlever l'obstacle, il heurte la pince à linge sans l'enlever, mais par contre il arrive à écarter la main de l'observateur.

Des excitations de courte durée mais répétées déterminent à chaque fois les mêmes phénomènes de « réveil » passager, mais à mesure qu'elles se répètent, l'intensité de l'excitation nécessaire devient plus faible ; d'autre part le « réveil » semble lui-même diminuer de netteté et devient plus court. Parfois aussi, le malade ajoute : « Faut écrire », en faisant le geste d'écrire.

*Formes de l'activité automatique.* — L'activité automatique ne se réalise que si l'on saisit immédiatement la courte période d'excitation qui suit le pincement du nez, et qu'à la faveur de cette période on dépose dans les mains du malade un objet. On obtient alors une suite de réactions variables, dépendant de la forme et de la nature de cet objet.

1<sup>o</sup> Il s'agit d'une ardoise, ou de tout objet dur et plat, ou présentant au moins une surface plane (livre, miroir, etc.). Le malade le prend et le tient horizontalement, soutenu par les deux paumes des mains l'une à chaque extrémité ; puis il le porte devant ses yeux latéralement, le plus souvent à droite, parfois à jour frisant, puis avec l'index droit il fait comme s'il cherchait, à la surface, des formes dont il fût possible de suivre le contour. A défaut de telles formes, il s'arrête bientôt et s'écrie : *Faut écrire, faut écrire*, en faisant le geste d'écrire ; souvent encore il se tourne vers la lumière en disant : *Fait pas clair*. Une seule fois, on entendit ces mots : *La lumière*. Puis il laisse tomber l'objet.

Lorsque l'ardoise porte quelques lettres, le malade suit leur contour qu'il trace avec les doigts, et ce faisant il épelle, lettre par lettre, syllabe par syllabe, et enfin le mot entier tel qu'il peut l'énoncer, puis il le répète plusieurs fois et laisse tomber l'objet. Dans deux cas seulement il arrive que la lecture d'un mot soit suivie d'un acte précis : Lorsque l'ardoise porte le mot « Lit », le malade énonce : « L, I, T, lit... *lit, lit* », et il étend les mains en avant. Le laisse-t-on à lui-même, il retombe dans la torpeur.

Au contraire, appuie-t-on à ce moment sur le nez, le malade fait un mouvement plus précis, cherche le lit, le palpe, monte et s'étend rapidement dessus. — Dans le 2<sup>e</sup> cas, si l'ardoise porte

le mot « pipi », le malade énonce : « P, I, PI, P, I, PI, PI-PI, *pipi, pipi* ». Il faut alors immédiatement appuyer sur son nez et lui donner en même temps l'urinal. Alors il se déboutonne, il met en place l'urinal, il urine, et il reste dans cette position.

2° Il s'agit d'une cuiller ou d'une fourchette, ou de tout objet dur et allongé (crayon, peigne, etc.). Le malade le prend dans la main droite et esquisse le geste de manger avec une cuiller ou une fourchette, en disant : *C'est quelque chose pour manger ?* Sans réponse, il répète la question, puis laisse tomber l'objet et rentre dans l'immobilité. Au contraire, si l'on répond en lui pinçant le nez, il fait le geste de manger, en portant alternativement l'extrémité inférieure de l'objet à sa bouche et à une vingtaine de centimètres plus bas, tandis qu'avec la main gauche il semble palper un plan solide. Ce mouvement continue aussi longtemps que l'objet manié, couvert ou autre, rencontre quelque chose se détachant sur un plan solide. Puis ~~Bard~~ repousse l'assiette en avant, se croise les bras, et retombe progressivement dans sa torpeur.

3° Il s'agit d'un verre, ou d'un objet dur et cylindrique ou du moins présentant deux bords solides, l'un vertical et l'autre horizontal. Le malade prend l'objet dans sa main droite, le porte au-devant de lui, suit avec le doigt les deux bords, et s'écrie : *C'est quelque chose pour boire ?* Sans réponse, il répète la question, puis laisse tomber l'objet. Si on lui répond en lui pinçant le nez, il applique à sa bouche le bord supérieur horizontal de l'objet, renverse sa tête en arrière et fait le geste de boire, puis il pose brusquement ou laisse tomber l'objet, et retombe dans sa torpeur.

4° Il s'agit d'un objet de petites dimensions et friable : pain, biscuit, ou encore morceau de fromage, etc. Le malade fait le mouvement de casser le pain, le laisse tomber en disant : *C'est du pain*, puis retombe dans sa torpeur. Il est curieux de constater qu'il ne le mange pas, tandis que lorsqu'il est en train de manger avec sa fourchette il cherche son pain de la main gauche et le mange très bien.

5° Il s'agit d'un objet qui ne rentre dans aucune des quatre catégories précédentes. Le malade le palpe en tous sens, et agit comme s'il voulait en étudier les qualités tactiles élémentaires (rugosité, souplesse, etc.). Parfois il s'écrie : *Qu'est-ce que c'est ?* et *Faut écrire*, mais toujours au bout de quelques minutes il finit par laisser tomber l'objet, et il retombe dans sa torpeur.

Toute cette activité automatique nécessite comme condition préalable le fameux pincement rituel. Dans les tout premiers temps, on pouvait, quoique difficilement, mettre en marche ces différents automatismes par d'autres excitations, principalement en secouant fortement le malade. Mais il est toujours resté, à côté de l'activité automatique principale, une activité plus restreinte et indépendante du pincement de nez. Le malade étant au préalable mis en marche, il ne s'arrête que lorsqu'il se heurte à un obstacle. Mais s'il s'agit d'un obstacle spécial, avec rebord dur et horizontal le heurtant à mi-jambes ou au-dessous du genou, il s'arrête et s'écrie : *C'est les cabinets*, et alors il se baisse. Avec sa main droite il suit le rebord du siège et il s'assied, et la défécation se produit, tandis que le malade se replonge dans sa torpeur, jusqu'à ce qu'on vienne le chercher. Il est à noter qu'ici il n'y a pas à lui appuyer sur le nez à aucun moment.

Tel est le tableau de l'activité automatique du malade. On remarquera combien elle est singulière, figée, réduite à un petit nombre de modèles fixés une fois pour toutes, enfin combien elle est illogique : l'acte de la défécation est amené très simplement en conduisant le malade aux W.-C., et sans intervention de pincement de nez ; au contraire la miction ne peut se produire que par l'intermédiaire de la lecture sur l'ardoise et de plusieurs pincements de nez. De même, le malade étant couché, rien n'est plus facile que le faire asseoir et lever ; il suffit d'une seule excitation. Par contre, est-il debout à côté de son lit, on n'arrivera jamais à le faire coucher sans l'intervention de la lecture sur l'ardoise, etc.

Il faut signaler encore, chez notre malade, l'existence d'un symptôme extrêmement rare décrit par Jong (d'Amsterdam) sous le nom de *Paléo Intellect*, et qu'il définit ainsi : « Invariabilité dans l'exécution d'un acte appris, lors d'une situation nouvelle (1). » Ainsi le malade peut faire le geste de manger et continuer en agissant exactement comme s'il mangeait vraiment, bien que l'on ait remplacé la cuiller par un crayon, une règle, un peigne, etc., et bien que l'assiette soit vide ou absente. Lui donne-t-on le verre vide, ou même retourné, il demande : « C'est quelque chose pour boire ? » et lui pince-t-on le nez en signe d'affirmation, il porte le bord horizontal à sa bouche, renverse la tête en arrière en faisant

(1) H. de Jong. Totale Agnosie aus Ausserung von Paläo-Intellekt. *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*. 1927, vol. 96.

exactement comme s'il buvait. Il en est de même si on lui donne une simple boîte, ou même une orange. Il urinerait dans sa pantoufle si on ne la remplaçait par son urinal, etc.

### 3° *Troubles de la sensibilité.*

A l'entrée du malade à la Salpêtrière, devant l'absence de toute réaction apparente, on conclut à une anesthésie totale, mais l'histoire de la maladie et un examen plus approfondi amenèrent à penser que le trouble sensitif se rapprochait plutôt d'une *agnosie* totale.

1° *L'audition.* — L'examen pratiqué à l'hôpital Saint-Joseph en octobre 1928 avait montré, malgré l'apparence de la surdité, la persistance du réflexe d'élévation de la voix à l'assourdissement, ou réflexe cochléo-phonatoire ; en d'autres termes, il y avait épreuve de Lombard négative, c'est-à-dire : soit simulation, soit hystérie, soit agnosie auditive (surdité psychique). Ce résultat obtenu trois ans auparavant fut pleinement confirmé par l'examen pratiqué, dans son service de la Pitié, par M. le Dr Aubry. Les réflexes cochléaires, surtout cochléo-palpébraux, recherchés avec l'appareil de Robert Foy, apparaissent pour un seuil très sensiblement analogue à celui d'un sujet normal. Donc, en dépit de toutes les apparences, le malade n'était pas sourd.

2° *La vue.* — De même qu'il se comportait en sourd depuis plus de trois ans, le malade se comportait en aveugle depuis plusieurs mois, et de même un examen précis démontra la persistance de la sensibilité visuelle. Dans son comportement le malade agissait comme un aveugle : il paraissait ne rien voir, il se heurtait violemment contre les obstacles. Le réflexe de clignement était aboli : si l'on approchait de l'œil du malade la pointe d'un morceau de papier plié, il ne réagissait pas, même après qu'on eût cherché plusieurs fois de suite le réflexe cornéen.

L'examen pratiqué à plusieurs reprises par les spécialistes ne montra rien d'anormal : les pupilles réagissent bien à la lumière, le fond d'œil est normal, et on ne trouve qu'une légère hypermétropie de 1 1/2 à 2 dioptries par la méthode skiascopique.

Le seul moyen d'examiner la fonction visuelle est l'observation du malade pendant qu'il lit. Lorsqu'il tient l'ardoise entre les mains, il se tourne du côté de la lumière, ou bien il dit : *Fait pas clair*. L'éclairement nécessaire pour la lecture est de

beaucoup supérieure à la normale, comme si l'acuité visuelle était très abaissée.

On a vu que le malade lit en retraçant les lettres avec ses doigts; la lecture ne se produit pas autrement. De plus, on peut lui faire énoncer une lettre à condition de diriger son doigt sur le tableau vide, en lui faisant dessiner la forme de cette lettre. Ce symptôme est généralement considéré, depuis Charcot, comme pathognomonique de l'*alexie pure*. Cependant il est évident qu'il ne s'agit pas d'alexie aphasique ordinaire, puisqu'il n'y a pas d'hémianopsie latérale droite.

En lisant, le malade tourne invariablement la tête vers la gauche et porte l'ardoise sur le côté droit. D'autre part, la vue est conservée dans les deux yeux : si l'on en ferme un, la lecture s'effectue aussi bien, quoiqu'elle nécessite, semble-t-il, plus de lumière.

En dehors des lettres, on ne peut rien faire reconnaître au malade par la vue. Parfois il lui arrive, lorsqu'on met un objet dans sa main, de le soulever et de le mettre dans son champ visuel, comme s'il voulait en reconnaître la forme. La lecture n'est possible que si l'on écrit en blanc sur fond noir ; l'inverse ne peut être obtenu.

On a examiné à plusieurs reprises le *sens des couleurs*. Remplaçant la craie blanche par de la craie de diverses couleurs, on remarque que la lecture ne se produit que pour le jaune et le violet pâle; elle est absente avec le rouge, le bleu, le vert, le brun. En mettant deux traits contigus, vert et rouge, ou bien bleu et rouge, etc., la lecture se produit, quoiqu'un peu plus difficilement. Ce phénomène ne tient pas à l'épaisseur plus grande du trait, mais au seul contraste des couleurs. — Pour expliquer ce curieux phénomène, on pourrait supposer que le malade, atteint d'une agnosie pour les couleurs, ne peut les reconnaître isolément, mais qu'il perçoit leur différence. Il est plus vraisemblable que c'est la différence d'éclairement qui intervient et permet la lecture, les deux couleurs contiguës ayant un éclat différent. (Gelb et Goldstein, dans leurs célèbres études sur l'agnosie visuelle, l'ont démontré chez leur agnosique qui cessait de percevoir la différence des couleurs lorsqu'on utilisait des papiers spéciaux, de couleur différente mais de même *albedo*.)

3<sup>o</sup> et 4<sup>o</sup> *Le goût et l'odorat*. — Avant l'entrée du malade à la Salpêtrière, la famille avait reconnu la perte du goût et de

l'odorat. Un examen plus serré montre que ce n'est ici encore qu'une apparence. Le malade ne réagit pas de façon très ostensible et supporte, par exemple, des odeurs absolument irrespirables pour un sujet normal, mais il est visible qu'une certaine réaction existe. Un jour on lui fait respirer avant son déjeuner un flacon débouché contenant de la teinture d'*Asa Fœtida*, à la suite de quoi on remarque une certaine brusquerie de tous ses gestes et l'absence de la mimique habituelle qui accompagne le repas. Les malades de la salle ne s'y trompent pas et déclarent qu'il est « de mauvais poil ». Pendant le même repas, on lui fait absorber un peu de teinture de *Quassia Amara*, et l'on observe aussitôt une contraction des muscles du front et des paupières. Un deuxième essai ne donne aucune réaction apparente.

5° *Les autres sensibilités.* — Il est singulier de voir le contraste entre la sensibilité du nez, seule région excitable et point de départ des actes automatiques provoqués, et l'insensibilité de tout le reste du corps.

D'un côté, à première vue, l'anesthésie paraît absolument complète. Le malade ne réagit d'aucune façon à aucune excitation : piqûres, pincements, tubes chauds et froids. A plusieurs reprises, on n'a pas remarqué de mydriase lors du pincement de la peau, mais ce signe a été constaté à la fin du séjour à la Salpêtrière.

D'autre part, lorsqu'on voit le malade pendant ses actes automatiques, il paraît évident qu'il a conservé une sensibilité élémentaire très fine et très complexe. Etant « réveillé » par le pincement du nez, lorsqu'on lui donne un objet quelconque comme par exemple un soulier, il le prend, le tourne et le retourne en tous sens ; il fait tous les gestes qui servent à apprécier les qualités tactiles élémentaires, il suit le contour de l'objet, en palpe la surface avec la pulpe du doigt, il fait comme s'il voulait en apprécier la souplesse et l'élasticité. Placé devant un obstacle solide, il l'explore avec les paumes des mains, il le frappe à coups de poing. On le voit encore balloter ou secouer un objet, etc. Parcourant du doigt une surface plane, il montre une grande finesse d'appréciation et reconnaît la présence d'objets minimes. Lorsqu'il mange, il rejette les noyaux, les pépins, la pelure des fruits. Il est donc bien évident qu'il n'y a pas d'anesthésie vraie, et que, si la perception consciente manque, il s'agirait d'une agnosie avec

conservation, non seulement de la sensibilité, mais de l'identification primaire.

Par contre, il est non moins évident qu'il ne s'agit pas d'une anesthésie simulée. Lors de l'examen labyrinthique, en pratiquant les épreuves galvaniques, on ne put obtenir d'inclinaison qu'avec le chiffre énorme de 24 milliampères, et pour le 1<sup>er</sup> examen seulement, car aux examens suivants on n'obtenait avec cette intensité aucune déviation, même en ouvrant et fermant brusquement le courant ; c'est à peine si l'on obtint une sorte de crispation de la face, qui passa rapidement. Or, aucun simulateur ne pourrait résister à de tels courants (cette recherche n'aurait d'ailleurs pas été faite si l'on avait soupçonné l'existence, chez ce malade, de la sensibilité douloureuse).

C'est ce que démontrent encore les épreuves caloriques, pratiquées également par M. le D<sup>r</sup> Aubry : 1° Aucune réaction à l'injection de 30 cmc. d'eau à 25°. 2° Pour un litre à 25°, quelques secousses nystagmiques vite arrêtées, mais ni déviation de l'index ni déséquilibre. 3° Pour obtenir une réaction nette il fallut employer 600 cmc. d'eau à 0°, ce qui donna une réaction nystagmique nette mais de durée relativement courte, une déviation de l'index très nette, quelques sueurs et vomissements, la perte de la sensibilité du nez ; mais encore tous ces troubles disparurent rapidement : mis en position debout, le malade garda parfaitement son équilibre. Ici encore, il est bien évident que l'on est en présence de troubles impossibles à simuler, cette *inexcitabilité labyrinthique* étant un trouble physiologique à peu près complètement soustrait à l'action de la volonté.

En résumé, l'examen de la sensibilité chez notre malade amène à des résultats fort extraordinaires : à première vue, anesthésie complète ; à un examen plus précis, preuve de la persistance de la sensibilité ; mais d'autre part impossibilité de simuler un tel état. On peut situer approximativement un tel état dans le groupe des agnosies ou des anesthésies hystériques.

#### 4° *Troubles végétatifs.*

Poursuivant l'examen complet du malade, on découvre l'existence de nombreux troubles végétatifs qui sont évidemment eux aussi en dehors de l'action possible de la volonté.

Le poulx, qui avait été trouvé un peu lent (60) à l'entrée du malade, devint bientôt rapide, et pendant tout le séjour à la

Salpêtrière il resta au chiffre moyen de 120. Mais surtout, ce qui était beaucoup plus singulier, c'était l'*instabilité du pouls*, dont la rapidité changeait constamment. Le malade étant au repos absolu, couché, rigoureusement immobile, si l'on prenait le pouls en notant sa fréquence tous les quarts de minute, on trouvait des chiffres chaque fois différents, l'ensemble décrivant une courbe des plus capricieuses. Cette variation était, par exemple, de 124 à 80 d'une minute à l'autre; parfois même elle allait du simple au double dans le même temps. Ce curieux symptôme n'est guère mentionné par les auteurs, sauf par Tanzi. La pression artérielle était elle aussi très instable, et à peu près impossible à mesurer. L'électro cardiogramme a été trouvé normal (Dr Géraudel). Il faut ajouter encore à ces troubles circulatoires la tendance, remarquée chez le malade, à faire de petites hémorragies superficielles d'aspect purpurique.

Le *réflexe oculo-cardiaque*, d'abord un peu variable, devint bientôt invariablement et très fortement exagéré : la compression des yeux amenant presque immédiatement une chute du pouls dont la fréquence diminuait de moitié. Il en était de même pour le réflexe solaire.

A ces troubles végétatifs il faut rattacher les modifications très remarquables de la *chronaxie du nerf vestibulaire*, minutieusement étudiées par M. Bourguignon. A plusieurs reprises cette mesure (inclinaison latérale) fut faite, avec des résultats concordants, c'est-à-dire une diminution exceptionnelle, le chiffre obtenu étant le plus bas que M. Bourguignon eût jamais trouvé. Exemple : le 17 novembre 1931, le malade étant d'abord au repos, dans un état d'assoupissement apparent, on trouve, à gauche 0  $\sigma$ , 64, et à droite 4  $\sigma$ , 8. Pendant l'excitation par pincements réitérés du nez, ce chiffre s'élève pour la gauche à 2  $\sigma$ , 76. Puis, le malade étant retombé dans son assoupissement, on retrouve des chiffres comparables aux premiers : à gauche 0  $\sigma$ , 68, et à droite 3  $\sigma$ , 08. Dans cette inégalité, le plus petit chiffre est à gauche, côté vers lequel le malade excité se tournait invariablement. Ces chiffres auraient, d'après M. Bourguignon, un intérêt considérable : le degré d'abaissement de la chronaxie vestibulaire constituant une mesure exacte de la profondeur de la torpeur. Il fallait donc en conclure à une torpeur exceptionnellement profonde. Ajoutons que par contre les chiffres des chronaxies musculaires de la face et des membres étaient normaux.

De même, les autres examens pratiqués ne montrèrent rien d'anormal : Température, radiographie du crâne, examen du sang et du liquide céphalo-rachidien, métabolisme basal.

### 5° *Le problème de la conservation du psychisme.*

En présence d'un tel malade, le problème le plus important était celui de la conservation de l'activité psychique et des formes qu'elle pouvait revêtir. Toutes les hypothèses étaient légitimes, depuis la simulation complète jusqu'à l'automatisme pur et inconscient résultant d'une lésion cérébrale organique (hypothèse qui eut longtemps la faveur générale).

Pourtant plusieurs symptômes furent constatés, qui firent soupçonner la persistance d'une activité psychique, consciente ou non.

L'évolution s'effectuait par brusques poussées d'aggravation. Pendant les 3 premières semaines, le malade gardait les yeux ouverts, il pouvait lire n'importe quoi sur l'ardoise, on pouvait le réveiller en excitant les yeux, les oreilles, etc. Un mois après son entrée, seul le nez était sensible, les yeux restaient fermés, et le malade oublia l'une après l'autre toutes les lettres de l'alphabet, sauf *e*, *o*, *i*, et 3 ou 4 consonnes. De plus il perdit plusieurs de ses actes automatiques. Ces poussées d'aggravation coïncidaient toujours avec un changement de salle, ou avec une négligence dans l'entretien de ses habitudes.

Les principaux signes, même les plus physiologiques, portaient une certaine marque de psychisme, surtout le négativisme. Si l'on provoquait du bruit, les paupières se fermaient la première fois et non les fois suivantes ; de même le passage du courant électrique ou d'autres excitations provoquaient au premier essai une certaine réaction qui disparaissait aux essais suivants. Pour voir si le malade possédait encore un certain instinct de conservation, on lui plongea la tête dans son bain ; il se contenta de fermer la bouche et de retenir sa respiration ; au bout d'une minute rien n'était changé et il fallut interrompre l'expérience, de crainte de le voir étouffer. Il était clair qu'il s'agissait là de manifestations diverses du *négativisme*, et que celui-ci n'était pas un simple symptôme moteur mais une attitude vitale instinctive.

Un jour, alors que l'on essayait de faire coucher Brual directement sans passer par les rites habituels, il changea subitement d'aspect et présenta l'apparence extérieure d'une violente fureur :

marchant de côté et d'autre comme au hasard, il criait d'un ton irrité : *Qu'est-ce que c'est ? Qu'est-ce que c'est ?*, avec une expression si menaçante que tous les malades de la salle s'enfuirent terrifiés.

Une autre fois, alors qu'on se préparait à mesurer son métabolisme basal, on lui passa le masque et le nez fut heurté. Aussitôt ~~Brual~~ se dressa et d'un seul mouvement arracha son masque en disant : *Qu'est-ce que c'est ?* avec une expression si mécanique et si étrange, qu'une jeune Basedowienne qui attendait son tour se leva terrifiée et s'enfuit sans qu'il fût possible de la rejoindre. Ici, contrairement à ce qui se passait au bain, l'instinct de conservation semblait se manifester.

Peu à peu, il devint de plus en plus clair que ~~Brual~~ participait au monde extérieur beaucoup plus qu'il ne semblait au premier abord. La conservation des attitudes imposées était plus longue devant l'observateur que lorsque le malade était enfermé dans une pièce et regardé par le carreau. Lorsqu'on lui pinçait le nez, l'observateur étant derrière lui, il se tournait toujours dans la direction de celui-ci. On le fit remarquer devant lui, et aussitôt ce symptôme disparut. Les indices de cette participation au monde extérieur étaient d'ailleurs beaucoup moins clairs pour le médecin que pour l'entourage immédiat, pour les malades de la même salle et pour sa femme et sa fille qui venaient le voir tous les jours. On faisait remarquer qu'il était « bien ou mal luné » suivant les jours, qu'il aimait écouter la T. S. F., qu'il mangeait avec voracité la crème fraîche que sa femme lui apportait, etc.

Afin de se rendre compte de l'action de la suggestion, le Dr Crouzon décida d'organiser le simulacre d'une séance du tribunal des Pensions de guerre, car au moment de son entrée à la Salpêtrière, le malade avait fait une demande de pension. On fit comparaître Brual, toujours aussi inerte, et on lui accorda une pension avec le taux de 100 %. Mais son attitude ne parut pas modifiée ni ce jour ni les jours suivants. C'est alors qu'il fut décidé d'envoyer le malade à M. le Pr Claude, en vue d'une consultation clinique.

#### LE RÉVEIL.

À la fin de décembre 1931, le malade est transporté à Sainte-Anne, à la Clinique des Maladies mentales, chez le Professeur Claude.

Le 22 décembre, à midi, le Docteur Baruk procède à l'épreuve du scopo-chloralose. A 15 heures on trouve le malade dans l'attitude du sommeil naturel. A l'examen la tonicité musculaire est diminuée, les réflexes tendineux moins vifs, le réflexe cutané plantaire en flexion, la pupille en mydriase, le pouls très ralenti et plus égal : entre 48 et 56, la pression artérielle abaissée. L'excitabilité est diminuée, mais persiste. En appuyant sur le nez, on obtient le *Qu'est-ce que c'est ?* avec quelques mouvements qui cessent rapidement.

Le 23, ces modifications persistent : le pouls et la pression artérielle sont normaux, le malade paraît moins profondément stuporeux.

Le 24, le Dr Le Guillant, chef de clinique, fait un premier essai d'éthérisation. A peine le masque d'Ombredanne est-il appliqué, que le malade est pris d'une crise convulsive de forme très atypique : se roulant alternativement à droite et à gauche, il tombe du lit, se tordant sur le plancher de la chambre en poussant un cri aigu et prolongé. Quelques minutes après, il est retombé dans la catalepsie ; on peut le soulever, lui passer la camisole de force et l'attacher solidement.

On pratique alors un deuxième essai d'éthérisation, devant le Professeur Claude, les chefs de clinique, les internes et une nombreuse assistance.

Le masque étant appliqué, ~~Baruk~~ retient sa respiration, d'abord complètement, puis relativement, pendant quelques minutes. Le visage congestionné, il fait quelques grandes inspirations, puis soudain, rejetant l'appareil d'un mouvement de tête, il s'écrie, avec l'accent d'un voyou : — « Vous m'étranglez, alors là sans blague... Pas ça, eh ! Non allez, pas ça ! Non, sans blague ! Non mais, là ! combien de temps encore ça, eh ? Non, ah ? Oh ben allez-y, quoi ! Oh non... Ah ! Enlève ça, eh ! Alors, ça ne suffit comme ça ? .... »

Au moment de ce réveil, le malade est transfiguré : de pâle, le visage est devenu bien coloré, les yeux sont brillants et exorbités. Il commence un long monologue, d'un débit très rapide. et ce qui est très frappant, c'est le ton inimitable, que l'on n'a plus jamais entendu par la suite, avec l'accent et les inflexions de voix d'un voyou de la banlieue parisienne. A première vue, la logorrhée, le ton jovial, les propos sans suite, sont ceux d'un maniaque. Mais en réalité ils en diffèrent notablement : c'est bien

plutôt un état analogue à celui qui est décrit sous le nom de *moria* dans les troubles psychiques du syndrome préfrontal.

Tandis que les assistants s'émerveillent et que l'on murmure le mot de simulation, le malade continue : — « J'ai mes raisons, si je suis un simulateur, moi. Je ne suis pas un simulateur, moi. Je suis content d'être ici à Sainte-Anne, parce que j'étais ici il y a 4 ans, avec le même surveillant. Parce que je reconnais que j'étais ici. »

De tous côtés on le presse de questions. — « Un Français, Monsieur, a le droit de défendre, Monsieur, ses honneurs et ses intérêts... Vous voyez combien je suis sourd ! Et pourtant ça fait 4 ans que je fais le sourd ! C'est pas parce que M. Lemberger (*sic*) est en train d'écrire. Moi, j'étais à Sainte-Anne il y a 4 ans, et pourtant je ne savais pas ce que je sais. . »

On lui demande pourquoi il a simulé : — « Pour défendre mon intérêt et mon honneur. J'ai fait le malade parce qu'on m'a obligé à le faire... Non mais, vous m'auriez fait crever, avec votre truc ! Ah mais, jusqu'où vous seriez allés avec ça ? Jusqu'à la caisse ? »

On essaye d'obtenir quelques explications précises, mais le malade, emporté dans sa logorrhée, répond à côté, se perd rapidement. Pourtant on arrive à distinguer quelques idées directrices. Il y a deux choses, sa maladie et son infirmité. *Son infirmité* est « de naissance ». Jusqu'à 39 ans elle n'a pas été soignée comme il fallait, mais avec un « système du Moyen Age ». Ça a duré jusqu'à 39 ans, et jusqu'à 39 ans il a été « conduit par les docteurs ». Il précise : « Mon infirmité, c'est tout à fait l'extrême de l'émotion. » Un écolier qui est timide, interrogé par le professeur, oublie tout ce qu'il sait ; quant à lui, c'est l'extrême de cela. Il n'était pas comme tout le monde ; il était comme un idiot, son pouls ne se dérégla jamais. « Un idiot, c'est un sujet incomplet. Il comprend le direct, mais rien de l'indirect. C'est pour ça que le pouls ne devient pas irrégulier... Un idiot pourra trouver la différence entre la rue de Venise et la rue des Champs-Élysées ; il verra que l'une est étroite, et l'autre large, mais si après on lui dit qu'une femme a mis un enfant au monde qui a chanté la *Marseillaise* au bout de deux heures, l'idiot le croira. » Lui, ~~Berli~~, il est comme l'idiot. C'est pourquoi il a eu beaucoup à souffrir au régiment. On disait : « Quand il sera au régiment, qu'est-ce qu'on va lui faire voir ! » Signalé d'avance,

c'est un sujet incomplet, un idiot, il croit tout ce qu'on lui dit ! »

A côté de l'*infirmité*, il y a la *maladie*, qu'il définit beaucoup moins. Il avait « des souffrances » qu'on soignait sans résultats avec des médicaments. C'était des maladies très constipantes ; il ne pouvait plus aller à la selle. Au contraire, à Sainte-Anne il y a quatre ans, il a été soigné sans médicaments et a augmenté de 6 kg.

C'est en partie à cette constatation que se lient les idées de *persécution* : « J'ai été guéri à Sainte-Anne sans aucun médicament, c'est qu'on mettait quelque chose dans mon manger chez moi. A Sainte-Anne on ne mettait rien. C'était clair comme le jour... C'est pas des boniments que je vous dis, j'ai les preuves. Cette femme me mettait des drogues dans mon manger. »

Les accusations sont d'ailleurs très vagues, et, en dehors de sa femme, s'adressent à d'autres persécuteurs : « On m'a enlevé mon pognon, mes économies. On m'a enlevé d'une part 6.000 fr. et de l'autre 10.000 francs, et on pensait : « Après qu'on lui aura tout enlevé, on verra la gueule qu'il fera. » On m'a poussé à élever une maison, à refaire une maison à ma belle-mère en Bretagne. On m'a sifflé toutes mes économies comme ça. » Un jour il a compris la situation : « Le jour où j'ai connu ma situation, j'ai eu des preuves tout de suite, par l'intermédiaire d'une personne de ma connaissance. » Une autre fois, dans le métro à midi, un *mec* est venu lui *cracher* ça dans l'oreille en 4 mots : « Voilà le type qu'on court derrière lui, on lui a dit sa situation à Sainte-Anne, il n'a rien compris, eh bien on le suivra partout jusqu'à ce qu'il ait compris. » On a voulu le trahir, etc.

Quant à l'explication de son état à la Salpêtrière, *le malade dit l'avoir simulé* : « J'étais pas capable de parler, puisqu'on m'avait bâillonné la bouche. Qu'est-ce que vous feriez si on vous enlève vos armes et vos munitions et qu'on vous dit : Faut vous défendre. Moi, je me suis dit : Mais je vais faire le malade 10 fois plus. Vu qu'on m'avait enlevé mes munitions, je ne pouvais pas me défendre. Quand on a affaire à une affaire judiciaire, vous savez comment c'est prudent d'avoir affaire à un avocat. » En faisant le sourd, il n'a fait que prévenir ce que l'on voulait obtenir de lui : « Quand j'ai senti les drogues, je me suis mis malade, alors, et ils ont été émerveillés de l'efficacité de leurs drogues... Ils voulaient que je devienne sourd, alors j'ai fait le sourd,

alors ils devaient me laisser tranquille, puisque c'est tout ce qu'ils voulaient... »

Pourtant, il donne d'autres explications de cette simulation : il a simulé pour empêcher le pouls de se dérégler : « Je ne pouvais pas rester les yeux ouverts, sans ça le pouls se remettait à battre, redevenait irrégulier tout de suite. »

Il se glorifie de cette simulation : « Pour faire le sourd comme moi, ça n'est pas donné à tout le monde. » Il insiste à plusieurs reprises sur ce que, s'il est sorti de son état précédent, c'est qu'il l'a bien voulu : « Vous croyez que je n'aurais pas avalé votre moulin à café ? »

Toutes ces explications sont données dans le plus grand désordre et entremêlées de phrases très confuses, même incompréhensibles, et parfois d'interruptions ironiques. « Eh ! eh ! N'oubliez pas que j'ai les yeux ouverts ! « On voulait me salir... Demandez seulement à M. Lemberger (*sic*). Depuis 8 mois qu'il est en train de me traîner, par moments je le plaignais, le pauvre type. »

On lui parle de sa femme : Vous n'aviez pas honte, quand elle venait vous voir avec un tel dévouement ? Il rit : « Elle est plutôt bête qu'à plaindre, plutôt à plaindre qu'à blâmer. »

« Ils avaient vendu la peau de l'ours avant de l'avoir tué, mais l'ours s'est réveillé ! » Etc., etc.

Après la fin de la séance, on lui présente un jeune médecin mexicain qui avait fréquenté le service du D<sup>r</sup> Bourguignon. On lui demande s'il le connaît. Il hésite un peu : « Je l'ai vu chez... chez... Bourguignon. » Et il ajoute fièrement : « N'importe quelle pression d'électricité (*sic*) vous m'auriez mis, je ne rougis pas ! »

#### LES MÉMOIRES DE B...E.

Pendant les jours qui suivirent cette mémorable séance, B...E gardait le silence, refusant de donner des explications sur son cas : « Vous verrez tout ça dans mes Mémoires », répondait-il. Il passait la journée à griffonner au crayon de nombreuses pages qui, recopiées ensuite, forment un cahier de plus de 30 pages de grand format et d'écriture très serrée.

Ce document, malheureusement impossible à reproduire ici à cause de sa longueur, est du plus haut intérêt : C'est une longue

autobiographie s'arrêtant au moment de l'entrée du malade à la Salpêtrière, bourrée de détails fastidieux, ce qui prouve du moins la conservation d'une excellente mémoire. Les détails se succèdent sans transition et débordent les uns sur les autres. Le style est souvent décousu, parfois à peine compréhensible, mais il devient éloquent et même pathétique lorsqu'il décrit les terribles combats, les bombardements, et toutes les souffrances endurées à la guerre. Une autre particularité singulière et inattendue est l'importance de la place occupée par le récit de toutes sortes de perversions sexuelles, et une recherche visible de détails de ce genre, même là où ils n'ont que faire. Après des allusions en termes obscurs aux nuits de son enfance passées dans le lit de ses frères ou de ses sœurs, il raconte l'histoire d'un cordonnier qui se livrait sur lui à certaines pratiques. Puis, lorsqu'il a 13 ans, il est placé chez un fermier qui se livrait à des perversions avec une jument et veut lui faire imiter son exemple. Plus tard, on apprend qu'une bonne est enceinte, et il quitte la ferme de peur d'être soupçonné à tort. Arrivé au régiment, il entend un officier faire un discours sur le péril vénérien, et il reste chaste. Démobilisé, il fait la connaissance d'une servante qui lui fait des avances, et qu'il voudrait épouser, mais il quitte la ferme et ne sachant pas écrire le français, il la perd de vue, ce dont il garde encore le regret.

Une autre chose frappante est le peu de place attribuée, dans ces Mémoires, à ses parents ; il n'en parle que pour manifester des sentiments peu filiaux. Pour sa femme, c'est bien pire ; il en parle avec le mépris le plus outrageant et la grossièreté la plus cynique. Il l'accuse de l'avoir trompé avant son mariage, de ne pas l'aimer, de l'avoir trahi, d'avoir voulu l'empoisonner, etc. ; mais ces accusations sont très vagues. Il reprend dans ses Mémoires les idées de persécution exprimées lors de la séance d'éthérisation. Voici par exemple le passage où il décrit le retour des persécutions après sa sortie de Sainte-Anne : « Peu de temps après je me suis aperçu que les drogues refaisaient leur apparition. A cette fois-ci, voulez-vous que je devienne malade, vous n'avez qu'à revenir avec vos drogues. Cette fois-ci, je ne vais pas résister mais au contraire je vais devenir *double malade* et en effet si je faisais le malade au sérieux la drogue ne venait pas, mais la moindre chose que plaisantait ou autre, ça radinait et je sentais bien, la demande de pension, il n'y avait pas de doute, tu n'as

pas d'argent, voilà, malades sans argent, faut pousser pour la pension, ils veulent une preuve de faux, sur moi, c'est facile. Je vas me mettre sourd complètement en 1928 à Saint-Joseph rien, j'ai été quitte pour retrouver mes oreilles... », etc., etc.

Lorsqu'on parcourt les Mémoires de Bredl, on est frappé par ce fait : le récit est détaillé, précis, vivant, pour tout ce qui concerne l'enfance et l'adolescence, ainsi que les souvenirs de guerre ; ensuite, avec son mariage, le récit devient vague, imprécis, de plus en plus décousu et incohérent ; enfin il est à peine question du séjour à la Salpêtrière, sur lequel aucun détail n'est donné. Interrogé à ce sujet, Bredl déclare que cela ne l'intéresse pas, qu'il n'a rien à dire là-dessus, ou d'autres réponses analogues.

#### BREDL A SAINTE-ANNE.

Depuis le jour où Bredl se réveilla et commença à écrire ses Mémoires, il garda une attitude à peu près semblable, mais en s'enfonçant peu à peu, lentement et progressivement, dans un nouvel état de torpeur sensiblement différent de celui où il était à la Salpêtrière.

#### 1<sup>o</sup> L'interrogatoire de Bredl.

Depuis le jour de son réveil, Bredl restait toute la journée inerte ou se promenant de long en large. Son attention était difficile à attirer. Il fallait lui répéter les questions, ou les crier plus fort. Alors sa figure s'éclairait, et il donnait des réponses ironiques, sur un ton jovial et narquois.

Ainsi, le 26 décembre il déclare au Dr Rondepierre : « Vous le saviez que je simulais, c'est pas possible ! Vous n'aviez qu'à m'envoyer un jour chez moi. Vous auriez vu là si je ne faisais plus l'idiot que j'étais un simulateur, ou bien alors si j'avais continué vous m'auriez ramené... Vous ne me ferez jamais croire qu'on peut se tromper ainsi ; vous êtes docteur... Vous me mettiez le bras en l'air, ça avait l'air de vous faire plaisir que je le laisse comme ça, alors je le laissais. »

Le 28 décembre : « Je ne pourrais pas recommencer à simuler ici sur commande, j'éclaterais de rire. Pour que je le refasse sur votre demande, il faudrait que vous m'emmeniez le faire dans un hôpital où personne n'est au courant comme ici. » Il accuse sa femme de l'avoir toujours trahi. Peu avant son mariage, il lui a

fait des attouchements, et il s'est aperçu : « Ah là là, y avait du dégât. » (Rire grossier.)

Le lendemain, on trouve le malade assis sur son lit et très absorbé, les deux bras étendus, les mains en pronation, plaçant un gros sou alternativement sur sa main droite puis sur sa gauche. « Vous voyez, je tremble bien plus à gauche qu'à droite. A droite je ne tremble pas » (c'est exact), « il y a 3 mois ou même 4 que je souffre de tout le bras gauche. Après avoir été surmenacé (*sic*) comme je l'ai été, il y a à se méfier, vous comprenez bien, docteur. »

Dès lors, l'attitude reste à peu près la même : assis immobile ou lisant le journal, paraissant indifférent et dur d'oreilles, il réclame sa sortie et écrit tous les jours une petite lettre de contenu invariable pour la réclamer. Cependant, avec un petit effort, il est possible de le faire sortir de cette indifférence apparente et de lui faire subir un interrogatoire méthodique.

Le 14 janvier 1932, nous interrogeons Brual, avec le D<sup>r</sup> Baruk. Brual raconte qu'après la guerre il souffrait de l'estomac et de constipation. Il renouvelle ses accusations contre sa femme qui l'aurait constamment trahi ; ses accusations sont comme toujours imprécises et contradictoires. « Ils m'ont rendu malade. » Comme ses troubles ont disparu à Sainte-Anne et reparu par la suite, il a compris d'où ils venaient. C'est pour cela qu'il a simulé : « *Je faisais le sourd et le malade, et alors on cessait de mettre des choses dans mon manger...* Quand on mettait des drogues dans mon manger, pour leur donner satisfaction je faisais le malade, comme cela ça leur faisait des économies de drogues. . Je faisais le sourd pour voir si ma femme se préoccupait de mon infirmité. J'avais en effet des preuves comme quoi ma femme m'avait occasionné ma maladie. » Mais, dit-il, il souffrait beaucoup : « Je faisais le malade plus que j'étais, mais j'étais vraiment malade... »

En 1929, il a eu, pendant deux demi-journées, de très violentes céphalées. « Je ne pouvais pas quitter l'oreiller. Je ne voyais pas clair, j'ouvrais les yeux, je ne voyais pas clair... Je n'ai jamais autant souffert de ma vie, croyez-le... Je me figurais que je n'avais pas les yeux ouverts, et pourtant ils étaient ouverts... Je voyais la chambre en culbutte... Je voyais les objets complètement déformés. *Je voyais les choses tellement déformées que je me figurais que je ne voyais pas.* » C'est à partir de ce moment que la maladie s'est rapidement aggravée. « A partir de ces deux demi-journées, je

voyais le mal qui venait sur moi, qui venait sur moi... Je sentais que je m'*élourdissais* (*sic*). On me disait que je bousculais les gens. Je faisais le contraire de ce qu'on me disait, et je ne m'en apercevais pas. » Il affirme qu'à ce moment il y a un trou, qu'il ne se souvient de rien. « J'ai été dans une période sans savoir ; ma femme me dit que je faisais des absurdités, je ne veux pas le croire, que je buttais dans les trottoirs qu'il fallait me conduire à mon travail ; mais ce n'est pas possible, je ne me rappelle rien de tout cela, je ne peux pas le croire. » Il ne se rappelle ni la cessation de son travail ni son entrée à la Salpêtrière ; il se demande si auparavant il n'a pas été dans d'autres hôpitaux.

Son premier souvenir remonte à 3 semaines après son entrée à la Salpêtrière. Il croyait que c'était le jour de son entrée. (On lui dit que c'était 3 semaines) : « C'est ce que dit ma femme, mais je ne le crois pas. » « Il y a un moment où je suis revenu à moi ; à partir de ce moment où le docteur m'a ausculté pendant des heures... Là j'ai vu que j'étais dans un hôpital, je suis revenu à moi, j'ai vu l'entourage de la chambre, le lit ; j'ai vu alors que j'étais dans un hôpital. » Mais il se sentait encore engourdi, accablé. « Ma femme est venue me voir dans cette chambre. Elle m'a assis sur une chaise et s'est assise à côté de moi. Elle s'était aperçue que j'avais la verge, donc que je n'étais pas le néant (*sic*). » A partir de ce temps, dit-il, il aurait pu parler s'il l'avait voulu, mais il ne le voulait pas : « Puisqu'ils avaient fait une demande de pension pour moi, il fallait donc rester à la Salpêtrière. » (Il faisait semblant d'être malade pour qu'on ne le prenne pas pour un simulateur.)

On lui demande pourquoi il faisait des actes compliqués comme de lire en suivant avec le doigt ; il ne fournit que des explications incompréhensibles. Pour la façon dont on le faisait uriner, il affirme qu'il ne faisait pas cela pour simuler : « Du moment qu'on me mettait : pipi, je faisais pipi, je faisais ça de mon naturel... Bien sûr, fallait bien... Du moment qu'on m'avait marqué ça, fallait le faire. »

Voici comment il décrit son état mental à cette époque : « Dans le temps que j'étais là, j'étais ensommeillé. *J'étais pas à la Salpêtrière, j'étais à la guerre*. Quand quelqu'un venait et me pinçait le nez, je revenais à moi. Qu'est-ce que c'est, qu'est-ce que c'est, mais qu'est-ce que vous voulez ?... Mes idées, comme ça, elles étaient à la guerre. » — On lui demande s'il n'était donc pas dans

la réalité : « Mais rendez-vous compte, un homme qui est seul dont personne ne s'occupe et qui ne s'occupe de personne, je pensais à ma situation, je pensais surtout à la guerre. — Et quand on vous pinçait le nez ? — J'étais obligé de revenir à moi. »

En réalité, un interrogatoire plus précis montre des lacunes énormes dans les souvenirs. Le malade s'étonne lorsqu'on lui parle d'essais faits avec des odeurs fétides, des substances de goût amer, en lui enfonçant la tête dans l'eau, etc. Il les nie : « Non, non, ces gens-là étaient très gentils, ils ne faisaient pas ça ! » Pourtant il a un souvenir plus net de l'électricité et de quelque chose qu'on lui « enfonçait dans les oreilles. » Il paraît ne plus se rappeler son départ de la Salpêtrière. Arrivé à Sainte-Anne, il aurait pu parler, mais il attendait la venue de sa femme. A l'en croire, l'éthérisation n'a fait que devancer ce qui serait survenu spontanément. On lui demande la raison de cette différence. « Parce que je voulais tout dire et ne rien encaisser, tandis qu'à la Salpêtrière je voulais tout encaisser et ne rien dire. »

Pendant cet interrogatoire, ~~Baud~~ reste immobile, dans la demi-torpeur, il fait répéter ou parler très fort, fronce les sourcils, paraît absent. Tout à coup il se met à parler avec excitation et volubilité, puis il retombe dans sa demi-torpeur.

*Le 27 octobre 1932.* — ~~Baud~~ est devenu de plus en plus inerte. Il a beaucoup grossi. Il faut le pousser pour qu'il avance et pour qu'il s'assaye. Assis, il fait de petits mouvements des doigts, des oscillations de la tête, exactement comme à la Salpêtrière. La physionomie est immobile et sans expression. Il est difficile d'attirer son attention. Il paraît ne pas comprendre les questions : « Vous avez l'air de quelqu'un qui dort. — Je dors en haut, le soir. — Vous venez de vous réveiller. — C'est l'infirmier qui me réveille le matin. » Interrogé sur sa santé, il s'étonne et nie avoir jamais été malade. « Comment ça va ? Mais depuis que je suis ici ça va très bien. Je suis avec les camarades dans le jardin, je mange dans le réfectoire, et je couche en haut. » Pressé de questions, quant à sa maladie, il répond : « C'est ma femme qui m'a dit ça, moi je ne sais pas. » Il prétend avoir oublié son séjour à la Salpêtrière, mais pourtant se souvient d'un médecin : « Il me déshabillait à poil, il me passait la main sur la figure pendant des heures... Un monsieur, je ne me rappelle pas de son nom... » « Ah mais il y a longtemps de ça, je ne pourrais pas vous dire, je pourrais me tromper. » D'ailleurs, tout cela est écrit dans

ses Mémoires. « J'ai fait mes Mémoires, mais sur mes Mémoires j'ai pas parlé des choses sur lesquelles il faut pas parler. Il y a une question de croyance, et les questions de croyance il faut pas en parler à ceux qui sont pas croyants. » Interrogé à ce sujet, il faut, avant d'obtenir une réponse, lui affirmer avec force qu'il est en présence de croyants comme lui. Alors il explique :

Il a reçu des ordres de Dieu. « J'ai reçu des ordres comme ça depuis très longtemps, depuis 1917. J'étais sûr pendant la guerre que je ne serais pas tué .. Dieu m'a donné des choses que les camarades ont été obligés d'avouer. Je connaissais la fin de la guerre depuis mars 1918... Au début de la guerre, j'étais renseigné sur la fin de la guerre... En 1917 j'ai eu des révélations... »

Une fois parti dans ses explications, ~~Brunet~~ parle spontanément de ce qu'il prétendait tout à l'heure avoir oublié, à savoir de son séjour à la Salpêtrière. « C'était Dieu qui m'ordonnait de rester immobile. Je n'aurais pas pu le faire sans l'ordre de Dieu. Joffre a dit : « Faites-vous tuer sur place, mais ne reculez pas. » J'ai fait la même chose à la Salpêtrière... Il fallait mourir sans faire sentir la moindre souffrance... Nous sommes des centaines comme ça sur la terre... Il y a des statistiques... Satan et Dieu... Le délit du vice... Ce sont des statistiques de Dieu... Comme Dieu avait besoin de moi, qu'il ne voulait pas que je meure à la guerre, Dieu a lancé quelques centaines de milliers d'hommes sur le globe pour paralyser la marche à Satan... Nous sommes des centaines de milliers sur le globe comme ça, pour paralyser la marche à Satan. »

Interrogé sur son attitude immobile : « Quand on a un ordre de Dieu, on ne sent pas le mal ni la douleur. On est fait pour ça, et il sait à qui il s'adresse. Dieu... Il n'était pas question de ça ou de ça, mais j'avais reçu des ordres, il fallait les exécuter. »

Et sa surdité ? « Si l'ennemi vous attaque et que vous avez l'ordre de ne pas entendre, eh ben j'entends pas. Le Boche peut attaquer... — Mais comment peut-on ne pas entendre à volonté ? » Réponse : « Ici, tout est coupé court. On a des missions, on était lancé pour paralyser la marche à Satan... J'avais pas d'ordre pour aucun membre, j'avais des ordres pour résister et c'est tout... *Je n'entendais rien et je ne voyais rien, j'avais Dieu pour me seconder, un point c'est tout.* »

« Etiez-vous vraiment sourd ou non ? » Réponse : « Je ne faisais attention à rien, j'avais les ordres de Dieu. Tous les autres,

c'était matériel. J'avais une mission à remplir. Je savais depuis 1917 que j'avais une mission à remplir. »

« Et quand on vous pinçait le nez ? » Réponse : « Ecoutez, tout ce que vous me parlez, j'ai une faible mémoire de tout ça. Mon matériel humain, ça n'avait pas d'importance... Ma mission est finie quand j'ai reconnu le surveillant... parce que j'ai reconnu la situation. » Quand il a reconnu la voix forte du surveillant Persoire, il a reconnu qu'il était à Sainte-Anne, et comme il y avait été autrefois, sa mission était donc terminée.

Le 29 décembre 1932, ~~Bredal~~ est examiné par M. le Dr Capgras, pour l'expertise demandée par le Tribunal des Pensions militaires. A ce moment, le malade ne présente plus trace de l'exaltation mystique constatée deux mois auparavant. Dans son rapport, M. le Dr Capgras le décrit ainsi : « Je vois dès l'abord un homme calme qui se tient aussitôt immobile et reste inerte, rêveur, absent pendant presque toute la durée de l'examen. Il ne semble entendre aucune des questions qu'on lui pose à voix haute, n'y répond pas, demeure figé, ne réagit par aucune émotion. Aux questions écrites qu'il lit avec quelque difficulté mais qu'il comprend, il répond pertinemment, brièvement quand il s'agit de sa famille, de son avenir, de son passé. Quand on lui parle de ses idées de persécution ou de sa demande de pension, il garde le silence, et si l'on insiste il ne fournit que des réponses vagues. Aucune de ces questions ne paraît l'intéresser. Il montre la plus complète indifférence et même une entière ignorance sur ces sujets. Cette indifférence semble réelle et non affectée. Par contre, quand on lui fait lire le nom du lieutenant Vincentelli il se réveille et s'émeut vivement : « C'était mon chef de section », s'écrie-t-il, et aussitôt il se met à raconter en termes très précis une attaque à laquelle il a pris part avec cet officier et il mime l'action. Puis il se replonge dans son mutisme et reprend son attitude figée. » Le rapport ajoute plus loin : « L'intensité, la reviviscence des souvenirs de guerre, la concentration de la pensée sur ces souvenirs, même après 15 ans, ne sauraient être mis en doute. Cet homme, habituellement inerte, se conduit, en ma présence, comme s'il sortait du combat, à l'évocation d'un de ses souvenirs. »

Le 1<sup>er</sup> août 1933, je vois ~~Bredal~~ pour la dernière fois. De plus en plus inerte, les questions et l'examen ne font que l'enfoncer davantage dans sa torpeur. A ce moment, le surveillant lui parle de la guerre ; aussitôt il s'excite, il rit : « Le Chemin des Dames...

Y en a eu un là, un bombardement ! C'était l'été... J'ai été là, je ne sais combien de temps sans boire, les Boches avaient empoisonné tous les puits. J'ai été pendant un moment, eh bien je ne vivais plus, et c'est tout. Quand je suis revenu à moi, j'étais tout seul, j'ai couru et puis j'ai rejoint les autres... etc. » Il nie absolument toute idée de persécution contre sa femme, ainsi que toute simulation de sa part. Il paraît étonné de telles questions, et manifeste la plus grande joie lorsqu'on lui annonce qu'il va retourner bientôt chez lui.

Dans ces différents interrogatoires, on remarquera combien l'état mental varie d'un jour à l'autre. Les idées de persécutions, niées un jour, réapparaissent une autre fois. On voit apparaître et disparaître sans laisser de traces un délire mystique. La mémoire a également les mêmes éclipses. ~~Berger~~ dit avoir oublié les lieux, les dates, les événements, et un instant après il en parle avec précision. Il dit ne pas reconnaître les gens, et pourtant, son attitude comparée avec le surveillant et avec celui qui l'a tant examiné à la Salpêtrière montre que cette mémoire est parfaitement conservée, sinon dans la conscience claire, du moins dans un inconscient encore actif. Quant à sa prétendue simulation, il en donne un grand nombre de raisons contradictoires et toutes absurdes (sans compter celles qui n'ont pas été transcrites). Il faut ajouter à cela les propos qu'il tient certains jours, où il s'agit de perversions sexuelles décrites en des termes obscènes. En résumé, l'interrogatoire montre, non pas un état mental défini, mais un état particulier pour chaque jour, chaque élément de cet état mental apparaissant et disparaissant par éclipses, mais le tout s'ordonnant autour d'un « complexe » central, le souvenir du terrible bombardement au milieu duquel il subit sa commotion.

## 2<sup>o</sup> Les troubles physiologiques.

S'il restait, après l'examen clinique, des doutes sur la qualité du « retour à la normale » consécutif à l'éthérisation, l'examen physiologique les dissiperait rapidement. Après le « réveil » du malade, ces troubles se sont atténués, mais ils ont repris ensuite progressivement, quoique sous une forme un peu différente.

*Troubles moteurs.* — La conservation des attitudes imposées et la flexibilité cireuse ont réapparu peu à peu, mais beaucoup moins accentuées qu'à la Salpêtrière.

*Troubles végétatifs.* — Le ROC s'est montré variable, tantôt avec une absence totale de changement, tantôt avec un très fort et rapide abaissement du poul, comme c'était le cas à la Salpêtrière. Par contre, le poul est devenu et resté à peu près normal (80 à 85), et absolument régulier. Les examens vestibulaires ont montré une certaine hypo-excitabilité, beaucoup moindre cependant qu'à la Salpêtrière.

*Troubles sensitifs.* — Alors que le malade accuse une surdité partielle, les réflexes cochléo-palpébraux restent normaux. Par contre, on a trouvé un symptôme fort curieux : le *réflexe cochléophonatoire paradoxal* ; c'est-à-dire qu'à l'épreuve de Lombard le malade, non seulement n'élève pas, mais plutôt abaisse la voix quand on lui assourdit les oreilles. Le phénomène *psycho-galvanique* a été étudié au laboratoire du Dr Lahy, à l'Hôpital Henri-Rousselle, avec MM. Baruk et Lagache. On a constaté l'absence complète de toute réaction, même pour les bruits les plus intenses : coups de revolver tirés derrière la tête du malade par surprise. Le malade n'a pas tressailli, et il a affirmé n'avoir rien entendu, alors qu'il entendait les paroles des interlocuteurs. Si extraordinaire que ce fait puisse paraître, il n'en est pas moins certain, et confirmé par plusieurs enregistrements graphiques.

*Chronaxie du nerf vestibulaire.* — Revenue à peu près normale à la suite du réveil, elle est retombée progressivement à partir du mois d'avril. On avait, en avril, 17  $\sigma$ , 2, puis 15  $\sigma$ , mais en novembre 1932, 2  $\sigma$ , 68, chiffre extrêmement abaissé. Les résultats de ces mesures ont été exposés et commentés dans l'article de MM. Claude, Bourguignon et Baruk (*Annales médico-psychologiques*, décembre 1932).

#### RÉSUMÉ.

L'histoire de ce malade peut se diviser en quatre périodes :

1° A la suite d'une commotion de guerre, il commence à subir les troubles subjectifs habituels des commotionnés, mais peu à peu ces troubles s'accroissent et s'aggravent : changement complet de caractère, céphalées, troubles digestifs. Puis, dix ans après le traumatisme, le malade devient sourd, ensuite aveugle, enfin il perd tous les modes de la sensibilité et se conduit comme une sorte d'automate vivant mis en mouvement par son entourage.

2° Il passe 8 mois à la Salpêtrière, où il présente le syndrome complet de la catalepsie, le négativisme moteur de la catatonie, les symptômes d'une agnosie générale, des troubles végétatifs et généraux d'un rare degré, et une activité automatique provoquée singulière : le malade mange, boit, urine, etc, pourvu que l'on suive un certain ordre d'excitations électives où domine une condition primordiale : il faut le réveiller en lui pinçant le nez. Les manifestations d'une activité mentale consciente sont rares et de signification discutée.

3° A Sainte-Anne, dans le service de M. le P<sup>r</sup> Claude, le malade se réveille au cours de l'éthérisation, entre dans un état d'excitation avec logorrhée, déclare dans un discours incohérent qu'il a simulé la surdité, la cécité, et tous ses troubles, afin de se protéger contre les persécutions de sa femme qui lui versait du poison dans ses aliments.

4° A la suite de cette éthérisation, le malade entre dans une torpeur croissante, d'où, à l'interrogatoire, il sort difficilement pour faire des déclarations variables et contradictoires d'un jour à l'autre, toute l'activité mentale étant concentrée autour du souvenir de la commotion de guerre initiale.

#### DISCUSSION DU DIAGNOSTIC.

Quatre diagnostics ont été portés et discutés : simulation, hystérie, délire de persécution, catatonie.

1° *La simulation pure et simple.* Ce diagnostic a été affirmé et brillamment soutenu par plusieurs neurologistes. Le malade, avant son entrée à la Salpêtrière, avait introduit une demande de pension de guerre, et l'on pouvait supposer, dans le caractère naturel de ce Breton, la raison d'un entêtement poussé jusqu'à l'extrême. Après le « réveil » sous l'éther, les déclarations du malade parurent apporter à cette thèse une confirmation éclatante, l'un de ses premiers mots ayant été celui de *simulation*. Cependant, malgré ces apparences, il me semble difficile de retenir ce diagnostic. Les premiers troubles avérés remontant à 1916, il faudrait admettre une ténacité, une patience héroïque, une obstination poussée jusqu'au génie et véritablement exceptionnelle, même chez un Breton. On se demande comment il aurait imaginé de simuler des symptômes aussi rares que ceux de l'alexie

pure, de l'agnosie visuelle, du « paléo-intellect » (symptômes qui ne lui ont nullement été suggérés et dont j'ignorais l'existence lorsque je les découvris chez lui). Il n'est pas non plus croyable que l'on puisse simuler une insensibilité à un courant de 24 milliampères, une inexcitabilité labyrinthique presque totale, et une variation incessante de la fréquence du pouls. Quant aux aveux du malade, ils gardent bien peu de valeur lorsqu'on connaît l'état mental des catatoniques : bon nombre affirment avoir simulé leurs manifestations morbides. Le rapport du Professeur Fribourg-Blanc sur les fausses simulations contient nombre de cas de ce genre, et M. Fribourg-Blanc, après examen du malade Brual, a bien voulu me dire qu'il excluait formellement le diagnostic de simulation. Il est probable, d'ailleurs, que l'idée de simulation a précisément été *suggérée* au malade par ceux qui ont énoncé cette opinion devant lui, avant et au début de l'éthérisation (de même qu'il parlait beaucoup à ce moment du « dérèglement de son pouls », pour avoir entendu discuter devant lui ce singulier symptôme).

C'est à dessein que je ne discute pas le pseudo-diagnostic de *sursimulation*, qui n'a pas, comme le précédent, l'excuse de la franchise. Ou la simulation est inconsciente, et alors elle n'en est pas, ou elle est consciente, et alors elle reste la simulation, quel que soit son auteur. Il n'y a pas de raison pour que les actes commis par des aliénés reçoivent un nom particulier les opposant à ceux du commun des mortels, et le crime d'un paranoïaque n'a jamais été un *surcrime*. La notion de sursimulation est donc aussi peu justifiée que le mot est peu français.

2° *Le délire de persécution*, diagnostic plus vraisemblable, et adopté officiellement après l'éthérisation, me paraît également contestable. Le certificat immédiat porte en effet : « Délire chronique. Méfiance et interprétativité foncières. Idées délirantes de préjudice et d'empoisonnement. Paroxysmes avec phénomènes cénesthésiques marqués, amaigrissement, mauvais état général, inquiétude. Un internement dans ces conditions. Recrudescence et fixations délirantes sur son entourage par constatation de l'atténuation des malaises à l'asile. Dès lors, réticence totale avec longue et patiente observation des agissements de ses persécuteurs, simulation défensive de symptômes atypiques : anesthésie sensitivo-sensorielle, agnosie, démence, catatonie. Habileté et ténacité. Variation et cessation pour des motifs délirants à l'occa-

sion d'une éthérisation. Délire riche, ancien, complexe, évolutif sous-tendu par une remarquable hypertonie..., etc. » Quelques jours plus tard, le placement volontaire était converti en placement d'office, le malade étant considéré comme *éminemment dangereux*. Or, en réalité, si l'on examine ces prétendues idées délirantes, on s'aperçoit qu'elles sont tout autres que sur le certificat. Le malade n'est en aucune façon un paranoïaque constitutionnel. Son délire n'est ni riche, ni ancien, ni complexe, mais au contraire particulièrement pauvre, absurde, incohérent, mal systématisé, mal étayé par des interprétations. Les explications varient d'un jour à l'autre, même d'une minute à l'autre. Presque constamment le malade a nié la simulation de la cécité : il avait, dit-il, sur les yeux des granulations épaisses comme des verrues, et ses yeux coulaient sans cesse ; il s'étonne que l'on n'ait pas remarqué cela ; il distinguait très mal certaines formes, comme à travers un brouillard épais. Par contre la surdité aurait été simulée comme procédé de défense contre ses ennemis. La conservation des attitudes imposées était destinée à faire plaisir au médecin, etc. Il est singulier de voir des explications aussi différentes converger vers la constitution d'une unité clinique aussi définie. Il est visible d'ailleurs que ce prétendu délire n'a aucun des caractères du délire systématisé chronique. Brual qui parle de sa femme avec tant d'aversion et de grossièreté n'en a jamais rien montré dans son attitude envers elle, il prend plaisir à la voir, il réclame sa sortie, et il manifeste une joie sans borne quand on lui promet de le renvoyer à son foyer. Le délire est d'ailleurs à *éclipses* : apparaissant certains jours, il est formellement nié le lendemain. Pour tout dire, il a absolument les caractères du *délire hystérique* décrit autrefois. Le moins qu'on puisse dire est qu'il est secondaire à un syndrome moteur et sensoriel primitif et qu'il ne peut en aucune façon le justifier. Comme l'écrivait mon Maître le Dr Capgras, dans son rapport : « Il est en effet exceptionnel, anormal même, de voir un persécuté choisir comme procédé de défense contre ses ennemis la catalepsie, la surdité, l'anesthésie sensitivo-sensorielle... Ce ne sont pas là symptômes habituels d'un délire de persécution qui serait exclusivement lié à une constitution paranoïaque originelle ou antérieure à la guerre. »

Il reste donc deux diagnostics vraiment à considérer : l'hystérie et la catatonie.

3° L'hystérie aurait certainement été affirmée par les anciens auteurs. Ce cas, qui nous paraît aujourd'hui étrange et difficile, leur eût peut-être paru trop intelligible pour mériter d'être publié. Il peut en effet s'expliquer parfaitement par la doctrine classique de l'hystérie. La commotion de guerre correspond au début par un violent *traumatisme*, plus moral peut-être que physique. Les troubles du *sommeil* sont classiques (on sait que c'est sur eux qu'est basée la doctrine de Sollier sur l'hystérie). De même l'*onirisme* hystérique, cette concentration de tout le psychisme sur une seule image, dans le cas présent l'image des effroyables combats et bombardements qui accompagnèrent la commotion. La marche des symptômes est caractéristique : ces anesthésies dissociées apparaissant à tour de rôle et subissant parfois des éclipses passagères. Chacune d'elles apparaît comme la conséquence d'une *suggestion* : la surdité, qui occupe le premier rang, résulte du bruit de l'explosion qui entraîna la commotion ; la cécité paraît avoir suivi les troubles visuels d'une migraine ophtalmique. Ces anesthésies étaient inconscientes, comme celles de l'hystérie. L'activité automatique est le produit d'un *dressage* opéré involontairement par l'entourage ; le pincement du nez, la lecture sur l'ardoise, sont des habitudes établies à la suite d'un essai fortuit. Des cas analogues n'étaient pas rares dans l'ancienne hystérie : on racontait des cas où l'anesthésie étant totale à l'exception d'une zone très limitée, seule l'excitation de cette zone pouvait faire communiquer le malade avec son entourage : plante des pieds dans un cas, dent cariée dans un autre, etc. La fameuse cataleptique de Puel reprenait conscience lorsqu'on appuyait sur sa bouche. Janet (1) raconte qu'une jeune hystérique admirablement dressée se promenait toujours avec un petit papier où était écrit : « Si vous trouvez cette jeune demoiselle endormie sur un banc, il faut lui tirer l'oreille gauche pour la réveiller... la pression sur le sein droit lui rend la parole et les passes descendantes lui enlèvent les contractures... » Le réveil du malade serait peut-être moins l'effet de l'éther que celui d'un acte de suggestion imposé collectivement, en même temps qu'on lui suggéra l'idée qu'il était un simulateur.

Les anciens signalaient parfois, à l'issue d'un long épisode de paralysie ou de torpeur hystérique, des troubles du sens moral

(1) Pierre Janet. *Les médications psychologiques*, tome I, page 335.

réssemblant singulièrement à ceux de ~~Bergl~~ <sup>Bergl</sup>. Les accusations portées contre sa femme entrent dans le *délire hystérique* des classiques, etc. Toutes ces raisons font de l'hystérie l'explication la plus vraisemblable du cas, à condition d'entendre par là l'hystérie classique (non réduite par le critérium trop étroit de suggestibilité), et c'est pourquoi je n'hésite pas, malgré son apparence surannée, à porter le diagnostic de *folie hystérique*.

4° *La catatonie*. — Cependant, si l'on compare l'histoire du malade avec la description initiale de la catatonie de Kahlbaum, il faut reconnaître que ce diagnostic lui convient très bien. La maladie a traversé tous les stades décrits par Kahlbaum : 1° *mélancolie initiale*, avec préoccupations hypochondriaques ; — 2° *excitation maniaque* passagère à forme de délire de persécution ; — 3° rémission passagère ; — 4° deuxième stade *mélancolique*, avec reprise des idées de persécution ; — 5° stupeur à forme de *melancholia attonita*, avec phénomènes caractéristiques de tension musculaire, et d'autres manifestations motrices : flexibilité cireuse, mouvements stéréotypés, enfin insensibilité apparente ; — 6° deuxième stade *maniaque* (après l'éthérisation), avec excitation joyeuse entremêlée de *pathétisme* ; — 7° terminaison dans une sorte d'état démentiel ou *Blödsinn*. Au cours de ces divers stades se retrouvent les traits cliniques essentiels de la catatonie : la tension musculaire et le langage pathétique.

De plus, on retrouve ici les caractéristiques physiologiques attribuées à la catatonie par les récentes études : troubles végétatifs, inexcitabilité labyrinthique, diminution de la chronaxie du nerf vestibulaire, etc. On est donc parfaitement autorisé à porter le diagnostic de *psychose catatonique à évolution cyclique* (ou maladie de Kahlbaum).

Il reste à examiner comment ces deux diagnostics : *Folie hystérique* et *Catatonie de Kahlbaum* peuvent s'appliquer simultanément à un cas unique. Remarquons d'abord que l'un ou l'autre des deux diagnostics laissent subsister des difficultés. S'il y a hystérie, il faudrait savoir pourquoi elle a reproduit électivement les signes de la catatonie et a suivi l'évolution cyclique de cette maladie.

S'il y a catatonie, elle est embellie de signes plus hystériques que catatoniques, et le processus hystérique y est anormalement apparent. Il faudrait donc peut-être en conclure à un état intermédiaire ou mixte. Ce qu'il y a de plus certain, c'est la présence du *mécanisme hystérique*, que l'on peut considérer comme un proces-

sus commun à l'hystérie et à la catatonie ; dans le cas présent, le fond de la maladie serait vraiment la catatonie, mais des circonstances particulièrement favorables auraient permis le développement d'une plasticité morbide ordinairement réservée aux états purement hystériques.

---

## CONCLUSIONS

---

1° Avant de chercher à définir l'existence de la nature d'un état mental spécifique du syndrome catatonique, il est nécessaire de bien délimiter le sujet nosologiquement. La catatonie est un syndrome autonome, mais comme aucun de ses symptômes n'est pathognomonique, il faut, pour affirmer ce diagnostic, des conditions d'évolution et surtout le caractère primitif du syndrome. De plus, en présence d'un état catatonique, il faut distinguer les signes propres au syndrome, de ceux d'autres états associés.

2° Ainsi délimité, le syndrome catatonique se rencontre sous trois formes cliniques principales :

- a) Une forme intermittente, ou maniaque-dépressive ;
- b) Une forme évoluant vers la démence précoce dans laquelle elle s'absorbe en se mêlant avec les autres états qui constituent ce groupe nosologique ;
- c) Une forme à évolution cyclique, décrite par Kahlbaum. Egalement distante de la psychose maniaque-dépressive et de la démence précoce, c'est la véritable forme typique de la maladie.

3° Comme l'a dit Jaspers, le syndrome catatonique atteint la seule *personnalité actuelle*, à laquelle il se substitue entièrement ; par contre, il laisse intacte la *personnalité durable* : « mais celle-ci est atteinte par la maladie qui crée le complexe catatonique ». De cette considération résulte la division du sujet en *structure* et *dynamisme*.

### *Structure.*

4° Chez le catatonique, ce qui frappe le plus au premier abord est l'allure paradoxale de tout le comportement. On a l'impression que le malade, ayant perdu sa propre personnalité, subit passivement l'influence des excitations externes et des impulsions internes, et qu'envers elles il ne possède qu'un seul type de réac-

tion : le *négativisme*. Se substituant à la personnalité du sujet, le négativisme, en augmentant ou diminuant, établit l'équilibre entre les monde extérieur et intérieur désaccordés.

Ainsi, le négativisme est l'essence même de la catatonie.

a) Envers le monde intérieur du sujet, le négativisme peut être considéré comme une forme particulière de décharge instinctive, en liaison avec les « hyperkinésies » : Quand les impulsions croissent et s'accumulent, le négativisme augmente ; lorsque leur accumulation est trop grande, elles se déchargent sous forme d'hyperkinésies ;

b) Envers le monde extérieur, le négativisme est un mode réactionnel particulier. Le catatonique vit dans un champ psychologique spécial, qui paraît soumis à cette règle (empruntée à Pawlov) : Les excitations fortes renforcent le négativisme, les excitations faibles l'atténuent, et cela dans la mesure où elles s'accordent avec la personnalité la plus intime du malade.

5° L'analyse des signes objectifs montre, dans le mouvement, la sensibilité et le langage, un caractère commun : ce ne sont ni des troubles neurologiques ni des troubles psychiques à motivation consciente. Ces troubles expriment tous au même degré le négativisme, mais ne l'épuisent pas.

6° Les troubles subjectifs, sans être spécifiques, portent une physionomie commune. Entre cet état subjectif et, d'autre part, l'ensemble des troubles objectifs, il est impossible d'établir une relation de cause à effet. Il faudrait en conclure qu'ils dérivent tous d'une source commune, qu'il faut chercher dans le dynamisme de la maladie.

### *Dynanisme.*

7° Il existe presque toujours des prédispositions natives (constitution schizoïde) et souvent des conditions de milieu (conflits familiaux).

8° Les travaux des psychanalistes, malgré certaines exagérations, ont montré l'importance de troubles du développement instinctif, qui sont en langage freudien des fixations et des régressions instinctives.

9° On a depuis longtemps mis en évidence, entre la catatonie et l'hystérie, une affinité indubitable, que l'on peut essayer de schématiser ainsi :

a) *Régression instinctive commune*, dont la différence de degré

conditionne les caractères respectifs des deux maladies. Les hystériques, moins gravement atteints, se maintiennent en contact avec le monde extérieur par une sorte de jeu, c'est pourquoi leur *passivité* reste subordonnée à la personnalité qui, au delà de certaines limites, reprend ses droits. Les catatoniques par contre, sans ressort personnel, n'ont d'autre recours qu'une hostilité aveugle exprimée par le *néglativisme* ;

b) *Mécanisme pathogénique commun* : plasticité morbide directement subordonnée à des états psychologiques inconscients. Chez l'hystérique, ce mécanisme, plus mobile, plus plastique, plus réversible, s'exerce sur divers systèmes neurologiques. Chez le catatonique, il affecte un groupe de symptômes invariable, exprimant une attitude vitale d'ensemble.

10° Cette affinité laisse donc subsister des différences psychologiques importantes dont on peut trouver la raison dans les différences anatomiques et physiopathologiques qui distinguent ces deux états.

11° De tout ce qui précède on peut conclure que si l'on découvre un jour un remède organique contre la catatonie, la psychothérapie n'en jouera pas moins dans la guérison un rôle très important.

Vu, le doyen,  
ROUSSY.

Vu, le Président de la thèse,  
LAIGNEL-LAVASTINE,

Vu et permis d'imprimer :  
Le Recteur de l'Académie de Paris,  
CHARLÉTY,

---

# BIBLIOGRAPHIE

---

## GÉNÉRALITÉS

- BERTOLANI. La sindrome catatonica. *Rivista sperimentale di freniatria*, 1925, vol. XLIX, p. 478-577.
- DIVRY. La catatonie. *Comptes rendus du Congrès des médecins aliénistes*, Anvers, 1928.
- JASPERS. *Psychopathologie générale*. Traduction française, 1928.

## HISTOIRE DE LA CATATONIE

- ARNDT. Ueber die Geschichte der Katatonie. *Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychologie*, 1902, vol. XXV.
- CLAUS. Catatonie et stupeur. *Comptes rendus du Congrès des médecins aliénistes*, etc..., Bruxelles, 1903.

### 1° LA CATALEPSIE.

- BOURDIN. *Traité de la catalepsie*, 1841.
- PUEL. De la Catalepsie. *Mémoires de l'Académie de Médecine*, 1858, t. XX, p. 409-530.
- FALRET (Jules). De la Catalepsie. *Archives générales de médecine*, 1857, et *Etudes cliniques sur les maladies nerveuses et mentales*, 1890, p. 276-308.
- LASÈQUE. Catalepsies partielles et passagères. *Archives générales de médecine*, 1865, t. II, p. 386, et *Etudes médicales*, t. I, p. 899.
- CHAUME. De la Catalepsie. *Thèse de Paris*, 1871, n° 74.
- CHARCOT. Catalepsie et Somnambulisme provoqués. *Progrès médical*, 1878, p. 973.
- CHARCOT. Note sur les différents états nerveux déterminés par l'hypnotisation chez les hystériques. *Bulletin de l'Académie des Sciences*, 1882, et *Progrès médical*, 1882.
- BERNHEIM. L'attitude cataleptiforme dans la fièvre typhoïde et dans certains états psychiques. *Bulletin médical*, 1896.
- LATRON. Des états cataleptiques dans les infections et dans les intoxications. *Thèse de Paris*, 1901, n° 279.
- BRISAUD. Catalepsies symptomatiques. *Progrès médical*, 1903.
- JANET (Pierre). *L'automatisme psychologique*, 1889.

### 2° LA STUPEUR.

- PINEL. *Traité médico-philosophique de l'aliénation mentale*, 1809.
- ESQUIROL. *Des maladies mentales*, 1838, t. II, p. 225, 286.

GEORGET. *De la folie*, 1820, p. 115.

SAUZE. De la stupidité, de sa nature psychologique et de son traitement. *Thèse de Paris*, 1852, et *Etudes médico-psychologiques sur la folie*, 1862.

— Frayeur, stupidité primitive. Suspension complète des facultés cérébrales. Absence de délire lypémanique. Roideur musculaire. Amaigrissement considérable. Retour graduel de l'intelligence. *Annales Médico-Psychologiques*, 1853, t. V, p. 344.

BAILLARGER. *Recherches sur les maladies mentales*, t. I, 1890, p. 85-142.

CHASLIN. *La confusion mentale primitive*, 1895.

GUISLAIN. *Traité sur l'aliénation mentale*. Amsterdam, 1826.

— *Traité sur les Phrénopathies*, Bruxelles, 1833, p. 255-271.

— *Leçons orales sur les Phrénopathies*, Gand, 1852, t. I, p. 147-151.

BILLOD. Des maladies de la volonté. *Annales Médico-Psychologiques*, 1857, et : *Des maladies mentales et nerveuses*, t. I, 1882.

LEGRAND DU SAULLE. Stupeur mélancolique. Sommeil apparent durant six mois. Sensation de la mort. *Annales Médico-Psychologiques*, 1869, t. I, p. 454, t. II, p. 59, 73.

BAILL. *Leçons sur les maladies mentales*, 2<sup>e</sup> édition, 1890, p. 243-263.

TAHIER. Stupeur catatonique et stupeur mélancolique. *Thèse de Bordeaux*, 1904, n<sup>o</sup> 132.

### 3<sup>o</sup> LA CATATONIE DE KAHLBAUM.

KAHLBAUM. *Die Gruppierung der Psychischen Krankheiten*. Dantzig, 1863 (cité par divers auteurs).

— *Klinische Abhandlungen über psychische Krankheiten*, I, Heft. *Die Katatonie oder das Spannungsirresein*, Berlin, 1874.

HECKER. Zur Klinischen Diagnostik und Prognostik der psychischen Krankheiten. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 1877, vol. XXXIII, p. 602-620.

WESTPHAL. Ueber die Verrücktheit. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 1878, vol. XXXIV, p. 252-257.

FINK. Beitrag zur Kenntniss des Jugendirreseins. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 1881, vol. XXXVII, p. 490-520.

HAMMOND. *A treatise on insanity*. 1883.

SCHÜLE. *Traité clinique des maladies mentales*, traduit de la 3<sup>e</sup> édition (1886).

TAMBURINI. Sulla catatonìa. *Archivio per le malattie nervose*, 1886.

NEISSER. Ueber die Katatonie. Ein Beitrag zur klinischen Psychiatrie. Stuttgart, 1887.

SÉGLAS et CHASLIN. La catatonie. *Archives de neurologie*, 1888, t. XV, p. 254-266, 420-430, et t. XVI, p. 52-65.

MICKLE. Katatonìa. *Brain*, 1891.

KRAFFT-EBBING. *Psychiatrie*. Trad. de la 5<sup>e</sup> édition allemande (1893). Paris, 1897 p. 513.

ROUBINOVITCH. *Les variétés cliniques de la folie en France et en Allemagne*, Paris, 1896, p. 159-183.

ASCHAFFENBURG. Die Katatoniefrage. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 1898, vol. LIV, p. 1004-1026.

KLEIST. *Untersuchungen zur Kenntnisse der psychomotorischen Bewegungsstörungen an Geisteskranken*. Leipzig, 1906.

KLEIST. *Weitere Untersuchungen an Geisteskranken mit psychomotorischen Störungen*, Leipzig, 1909.

4° LA SYNTHÈSE DE KRAEPELIN.

KRAEPELIN. *Psychiatrie*, 8<sup>e</sup> édition, Leipzig, 1913, vol. III.

FINZI e VEDRANI. Contributo clinico alla dottrina della demenza precoce. *Rivista sperimentale di freniatria*, 1899, vol. XXV, p. 180-205 et 366-386.

MANDALARI (Lorenzo). *Studio clinico sulla cosi della demenza precoce*, Naples, 1901.

SÉRIEUX. La démence précoce. *Revue de Psychiatrie*, 1902, p. 241-266.

SÉGLAS. Démence précoce et catatonie. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1902.

MASSELON. *Psychologie des déments précoces*, Paris, 1902.

PASCAL (M<sup>l</sup>e). *La démence précoce*, Paris, 1911.

TANZI e LUGARO. *Trattato delle malattie mentali*, 2<sup>e</sup> édition, 1916, t. I, p. 424-433, et II, p. 440-513.

5° LA SCHIZOPHRÉNIE.

JUNG. *Ueber die Psychologie der Dementia Praecox*, Halle, 1907.

BLEULER. Dementia Praecox, oder Gruppe der Schizophrenien, 1911, dans Aschaffenburg : *Handbuch der Psychiatrie*, Spezieller Teil, vol. IV, I.

— Zur Theorie des Schizophrenen Negativismus. *Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift*, vol. XII, 1910-11, n° 18-21, et *Journal of nervous and mental diseases*, vol. XXXIX, 1912.

— Die probleme der Schizoidie und der Syntonie. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1922, vol. LXXVIII, p. 373-402.

— The physiogenic and psychogenic in Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 1930, vol. X, p. 203-211.

MINKOWSKI. La Schizophrénie et la notion de maladie mentale (sa conception dans l'œuvre de Bleuler). *Encéphale*, 1921, t. XVI, p. 247, 314, 373.

— La genèse de la notion de Schizophrénie et ses caractères essentiels. *L'Evolution Psychiatrique*, 1925, p. 193-236.

— *La Schizophrénie*, Paris, 1927.

6° PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

CLAUDE et BARUK. La catatonie. *Presse médicale*, 1928.

— Les crises de catalepsie. Leur diagnostic avec le sommeil pathologique. Leurs rapports avec l'hystérie et la catatonie. *Encéphale*, 1928, t. XXIII, p. 373-402.

— Les troubles psychomoteurs d'origine cérébrale. Hypertonie. Mouvements automatiques et sommeil cataleptique. I. Etude clinique et diagnostique. *Presse médicale*, 1931, p. 233-237.

CLAUDE, BARUK et THÉVENARD. Le syndrome moteur de la démence précoce catatonique. *Encéphale*, 1927, t. XXII, p. 741-767.

DE JONG et BARUK. Pathogénie du syndrome catatonique et catatonie expérimentale. *Encéphale*, 1930, t. XXV, p. 180-198.

CLAUDE, BARUK et NOUËL. Réflexes plastiques et réactions musculaires psychomotrices. Le signe de l'anticipation des mouvements passifs. Le syndrome catatonique et le problème des bases physiologiques de la motilité volontaire. *Revue neurologique*, 1929, t. I, p. 785-797.

- BARUK. A propos des facteurs régulateurs de la motilité volontaire. Les fonctions cérébrales psychomotrices au point de vue clinique et expérimental. *Revue Neurologique*, 1931, t. II, p. 629-631.
- BARUK et JANKOWSKA. Les réactions émotives dans l'hébéphrénocatatonie. *Encéphale*, 1931, t. XXVI, p. 315-329.
- BARUK et DE JONG. Le test du néo-intellect. Les troubles du contrôle de « l'action » et des réactions du système nerveux central chez les déments précoces. *Annales Médico-Psychologiques*, 1929, t. I, p. 463-472.
- CLAUDE, BARUK et PORAK. Sommeil cataleptique et fonctions psychomotrices. Etudes physiologique et pharmacodynamique au moyen de l'ergographe de Mosso. *Annales Médico-Psychologiques*, 1931, t. II, p. 432-439.
- Sommeil cataleptique et mise en train psychomotrice volontaire. Etude physiologique et pharmacodynamique au moyen de l'ergographe de Mosso. *Encéphale*, 1932, t. XXVII, p. 665-683.
- BARUK et ALBANE. Catatonie intermittente suivant le rythme du sommeil. *Annales Médico-Psychologiques*, 1931, t. II, p. 439-446.
- CLAUDE, BOURGUIGNON et BARUK. La chronaxie dans la démence précoce. Individualisation des formes catatoniques par la chronaxie. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1927, t. XCVII, p. 593-596.
- Essai sur les variations spontanées et expérimentales de la chronaxie vestibulaire au cours du sommeil cataleptique et de la catalepsie dans l'hystérie, dans la catatonie et dans l'hébéphrénie. *Annales Médico-Psychologiques*, 1932, t. II, p. 641-658.
- CLAUDE, BARUK et AUBRY. Les troubles vestibulaires dans la démence précoce catatonique. *Revue neurologique*, 1927, t. I, p. 976-980.
- DE JONG et BARUK. *La catatonie expérimentale par la bulbo-capnine*, Paris, 1930.

## NOSOLOGIE

- MORSELLI. Sulla autonomia della psicosi catatonica acuta, rispetto alla Demenza Precoce catatonica. *Rivista sperimentale di Freniatria*, 1908, t. XXXIV, p. 568-605.
- TAMBURINI (Aug.). Sulla demenza primitiva. *Rivista sperimentale di Freniatria*, 1910, t. XXXVI, p. 92.
- TAMBURINI (Arrigo). Psicosi catatonica acuta e psicosi maniaco depressiva catatonica. *Rivista sperimentale di Freniatria*, 1911, t. XXXVII, p. 369-383.
- LEROY. Catatonie chez une femme de 45 ans. *Bulletin de la Société clinique de médecine mentale*, 1910, p. 76.

## MOYENS D'INVESTIGATION. PHARMACOLOGIE

- LORENZ (W. F.). Some observations on Catatonia. *Psychiatric Quarterly*, 1930, n° 1.
- CLAUDE et BARUK. L'épreuve du Somnifène dans la Catatonie. *Encéphale*, t. XXIII, 1928, p. 724-730.
- WALTZ (W.). Ueber Hyoscin als Symptomisches Heilmittel beim Katatonen Stupor. *Klinische Wochenschrift*, vol. XXXI, 1924, p. 558.
- BERGER (H.). Zur Pathogenesen des Katatonischen Stupors. *Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXVIII, 1921, p. 448.

## ÉTUDE PSYCHOLOGIQUE

### 1° STRUCTURE.

- JANET (Pierre). La catatonie et les sentiments. Comptes rendus du Congrès des Aliénistes..., Anvers, 1928, p. 247-253.
- BENDER (Lauretta) et SCHILDER. Unconditionned and conditioned reactions to pain in Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 1930, t. X, p. 365-384.
- HELMER (Ross D.). Thought Content in Catatonic D. P. *Psychiatric Quarterly*, 1932, t. VI, n° 3.
- WOLFF (S. C.). Thought Content in D. P. *Psychiatric Quarterly*, 1932, t. VI, n° 3, p. 504-512.
- TREPSAT. Troubles physiques dans la démence précoce hébéphrénocatatonique. *Thèse de Paris*, 1905, n° 419, p. 122-135.
- GUIRAUD. Conception neurologique du syndrome catatonique. *Encéphale*, 1924, t. XIX, p. 571.
- FISCHER (F.). Ueber das Räumliche in der Schizophrenie. *Zentralblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1931, vol. LXI, p. 281-283.
- PFERSDORFF. Apraxie et catatonie. *Encéphale*, 1920, p. 635.

### 2° DYNAMISME.

#### 1° Prédispositions natives et acquises.

- HINSIE (Leland E.). The catatonic syndrome in dementia praecox. *The Psychiatric Quarterly*, 1932, vol. VI, n° 3.
- ELALOCK (Joseph). Personality and catatonic dementia praecox. *The Psychiatric Quarterly*, vol. VI, n° 4.
- BIGELOW (Newton). Pre-psychotic personality of catatonic Schizophrenia. *The Psychiatric Quarterly*, 1932, vol. VI, n° 4.
- KANT (F.). Katatonie Motilitätspsychose nach CO-Vergiftung. *Archiv für Psychiatrie*, 1926, vol. LXXVIII, p. 365-374.
- CLAUDE et NACHT. Remarques sur les conditions psychologiques précédant l'installation d'un cas de catatonie. *Annales Médico-Psychologiques*, 1931, t. II, p. 409-418.

#### 2° Psychanalyse.

- RANK (O.). *Le traumatisme de la naissance*. Traduction française, Paris.
- NUNBERG. Ueber den katatonischen Anfall. *Int. Zeitschrift für Psycho-Analyse*, 1920, t. VI.
- TAUSK. Ueber die Entstehung des Beeinflussungsapparates in der Schizophrenie (cité par Rank, Schilder).
- LEVI-BIANCHINI (Narcissisme catatonique dans la Schizophrénie, et son expression extrême dans l'attitude corporelle embryonnaire). Analysé dans *Archives of Neurology and Psychiatry*, 1931, vol. XXV, p. 1349.
- SCHILDER (Paul). Entwurf zu einer Psychiatrie auf Psycho-analytischer Grundlage, p. 78-81.

KEMPF (E. J.). *Psychopathology*, 1920.

— Affective-Respiratory factors in Catatonia. *Medical Journal and Record*, 1930, vol. CXXXI, p. 181-185.

3° *Rapports avec l'hystérie.*

DAMAYE. Un cas d'hystéro-catatonie. *Annales Médico-Psychologiques*, 1929, t. I, p. 315.

PERELMANN (A.). Zur Frage der Verwandtschaft zwischen Hysterie und Schizophrenie. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1926, vol. C, p. 311-322.

---

# TABLE DES MATIÈRES

---

|                                                             |     |
|-------------------------------------------------------------|-----|
| INTRODUCTION . . . . .                                      | 1   |
| HISTORIQUE. . . . .                                         | 2   |
| TERMINOLOGIE. . . . .                                       | 18  |
| NOSOLOGIE . . . . .                                         | 20  |
| ETUDE PSYCHOLOGIQUE. GÉNÉRALITÉS . . . . .                  | 28  |
| I. — Les données acquises . . . . .                         | 29  |
| II. — Méthodologie. . . . .                                 | 32  |
| III. — Division du sujet. . . . .                           | 36  |
| ETUDE PSYCHOLOGIQUE. STRUCTURE . . . . .                    | 38  |
| I. — Le comportement. . . . .                               | 38  |
| II. — Analyse des données objectives. . . . .               | 45  |
| Mouvement. — Sensibilité. — Langage.                        |     |
| III. — Analyse des données subjectives . . . . .            | 52  |
| Humeur. — Conscience du monde extérieur. —                  |     |
| Conscience de soi-même. — Données fondamentales.            |     |
| IV. — Essai de synthèse . . . . .                           | 60  |
| <i>Observation n° 5.</i> . . . . .                          | 62  |
| <i>Observation de Kronfeld.</i> . . . . .                   | 73  |
| ETUDE PSYCHOLOGIQUE. DYNAMISME. . . . .                     | 75  |
| I. — Prédilections natives. . . . .                         | 75  |
| II. — Troubles du développement instinctif. Psychanalyse. . | 77  |
| III. — Rapports avec l'hystérie . . . . .                   | 82  |
| <i>Observation n° 6.</i> . . . . .                          | 82  |
| CONCLUSIONS . . . . .                                       | 122 |
| BIBLIOGRAPHIE. . . . .                                      | 125 |





